



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

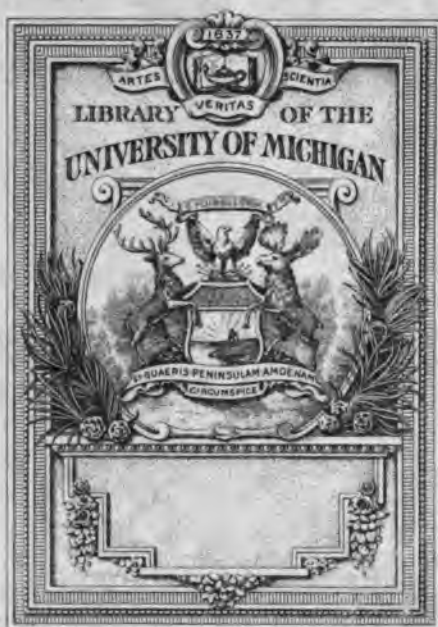
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

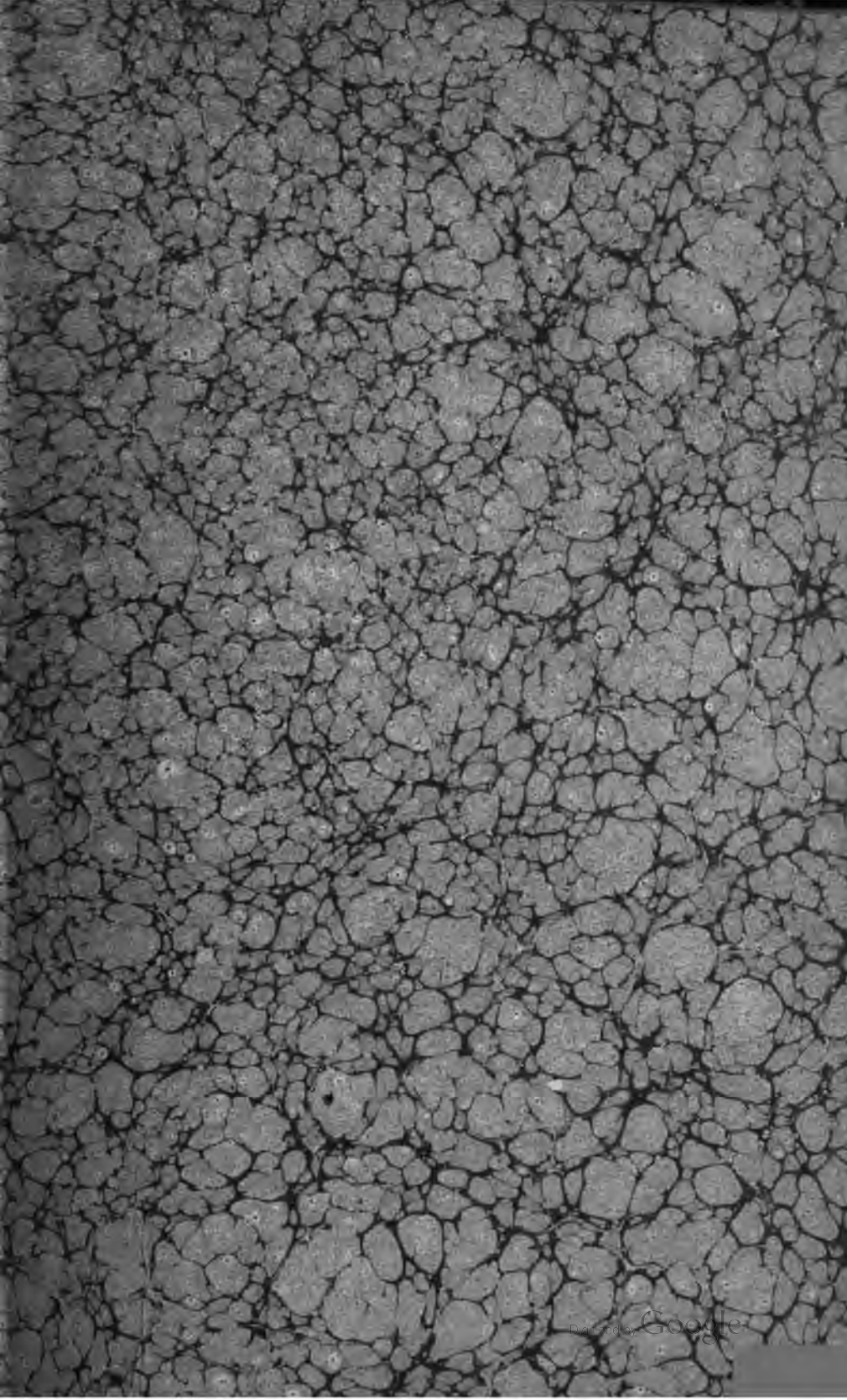
À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

B 3 9015 00212 515 4
University of Michigan - BUHR







610,5
S678
A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

BULLETINS
DE LA 74391
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

**ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE,
CLINIQUE.**

LIII. ANNÉE (1878)

4^e SÉRIE. — TOME III.

RÉDIGÉS PAR
MM. PITRES & BARIÉ
SECRÉTAIRES

PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE et C^o, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1878

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1878.

Bureau.

Président.....	MM. CHARCOT.
Vice-Présidents.....	{ BERGER.
	{ MALASSEZ.
Secrétaires.....	{ BARIÉ.
	{ PITRES.
Trésorier.....	Ch.-L. PETIT.
Archiviste.....	LANDOUZY.
Membres titulaires du Comité.	{ BUDIN.
	{ DURET.
	{ MOUTARD-MARTIN.
— adjoints.....	{ CUFFER.
	{ HUTINEL.
	{ FÉRÉ.

Membres Honoraires.

MM.	MM.
ANGER (Th.), 1874.	CARRIÈRE, 1874.
BARTHEZ (E).	CASTELNAU (H. de).
BESNIER (Ern.), 1866.	CAUDMONT, 1853.
BESNIER (J.), 1874.	CHANTREUIL, 1874.
BLACHE (R.), 1873.	CHARCOT, 1873.
BLACHEZ, 1866.	CHARPENTIER, 1872.
BOUCHARD (Ch.), 1869.	CHASSAIGNAC.
BOUCHEREAU, 1874.	CHOUPPE, 1877.
BOUILLY, 1877.	CORNIL (V.), 1871.
BOURNEVILLE, 1874.	COYNE, 1877 (Lille).
BOUTEILLER.	CRUVEILHIER (Ed.), 1869.
BRIERRE DE BOISMONT.	DEBOVE, 1876.
BROCA.	DENUCÉ.
BROUARDEL, 1869.	DESORMEAUX, 1868.
BUCQUOY, 1860.	DESPRÉS (Ar.), 1869.

MM.

DUCASTEL, 1877.
 DURAND-FARDEL.
 DUGUET, 1873.
 FERNET, 1874.
 FIAUX.
 FONTAN, 1868.
 GÉRIN-ROZE, 1867.
 GINGEOT, 1874.
 GOUBAUX.
 GOUGUENHEIM, 1877.
 GOURAUD (X.), 1872.
 GUÉNIOT, 1873.
 GUYOT, 1867.
 HALLÉ, 1872.
 HALLOPEAU, 1876.
 HANOT, janvier 1878.
 HARDY (A.).
 HAYEM, 1874.
 HÉROCQUE, 1874.
 HÉRARD.
 HOUEL, 1852.
 JOFFROY, 1877.
 LABBÉ (Léon), 1871.
 LABORDE (J.-V.), 1873.
 LANCEREAUX, 1873.
 LANNELONGUE, 1873.
 LE DENTU, 1874.
 LENHOSSEK, professeur à Pesth,
 février 1876.
 LEGROUX, 1874.
 LÉPINE (Lyon), 1876.
 LEUDET.
 LIOUVILLE, 1875.
 LONGUET (Bourges), 1877.
 LUNIER, 1851.
 MAGNAN, 1874.

MM.

MALASSEZ, 1876.
 MARCANO, 1878.
 MARTINEAU, 1867.
 MERCIER.
 MEURIOT, 1873.
 MILLARD, 1866.
 MOISENET.
 MONOD (Ch.), 1876.
 NICAISE, 1872.
 OLLIVIER (A.), 1874.
 PARROT, 1873.
 PAUL (C.), 1866.
 PÉRIER, 1872.
 PIOGEY, 1856.
 POTAIN.
 POUMET, 1872.
 PROUST (Ad.), 1865.
 RANVIER, 1873.
 RENAUT (J.) (Lyon), 1877.
 RENDU, 1877.
 RICHELLOT, 1877.
 RICORD.
 ROGER (H.) 1840.
 ROKITANSKI, profess. à Vienne
 SEVESTRE, 1876.
 SINETY (de), 1876.
 SCHWEICH, 1874.
 TARDIEU.
 TERRILLON, 1876.
 TRÉLAT (U.), 1864.
 TROISIER, 1878.
 VERNEUIL.
 VIDAL.
 VOISIN (A.), 1871.
 VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.

MM.

BUDIN, 1875.

MM.

CARTAZ, 1875.

MM.

CAZALIS, (J.).
 DANLOS, 1875.
 DUPUY, 1876.
 DURET, juillet 1877.
 HOMOLLE (G.), 1875.
 LABARRAQUE (E.), 1875.
 JUST LUCAS CHAMPIONNIÈRE,
 1877.
 MOUTARD-MARTIN (R.), 1867.

MM.

NEPVEU, 1875.
 PINARD, juillet 1877.
 PITRES, 1876.
 ORY, 1875.
 RECLUS (P.), 1875.
 POZZI.
 ROBIN (A.), 1876.
 SANNÉ, 1872.
 TURNER 1875.

Membres adjoints.

MM.

BALZER, novembre 1876.
 BARIÉ, juillet 1875.
 BERGER (P.), 1870.
 BERGERON, 1873.
 BEURMANN (de), 1877.
 BOTTENTUIT, 1869.
 BOURDON (E.), 1871.
 BOYER (de), décembre 1877.
 BULTEAU, décembre 1877.
 CAMPENON, 1872.
 CHENET, juillet 1875.
 CHUQUET, juillet 1877.
 CUFFER, 1874.
 DEFFAUX, 1874.
 DREYFUS, novembre, 1876.
 DUSAUSSAY, juillet, 1876.
 FÉRÉ, juillet 1876.
 GOLAY, 1877.
 GRAUX, décembre 1875.
 GUYARD, avril 1875.
 HEIDENREICH, décembre 1875.
 HENRIET, 187.
 HIRTZ, décembre 1875.
 HUBERT, 1873.
 HUTINEL, novembre 1875.
 JEAN, novembre 1876.
 LABADIE-LAGRAVE, 1870.
 LACOMBE, 1873.

MM.

LANDOUZY (L.), 1871.
 LEBLOND, juillet 1876.
 LETULLE, juillet 1877.
 LEROUX, décembre 1877.
 LOREY, 1874.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.), 1875.
 MAGNANT, décembre 1876.
 MARCHANT (G.), décembre 1876.
 MAROT, novembre 1876.
 MONOD, décembre 1876.
 OULMONT (P.), 1875.
 PAUFFARD, juillet 1877.
 PETIT (Ch.-Henri), juillet 1875.
 PEYROT, 1873.
 PLANTEAU, décembre 1875.
 PORACK, juillet 1876.
 QUINQUAUD, 1871.
 RATHERY, 1870.
 RAYMOND (F.), 1874.
 REMY (Alb.), février 1875.
 REMY (Ch.), décembre 1875.
 RENAULT (Alex.), 1873.
 ROSAPPEL (L.), 1873.
 SCHWARTZ, juillet 1877.
 THORENS, 1871.
 VOISIN (J.), 1874.
 ZIEMBICKI, février 1875.

Membres correspondants.

MM.	MM.
ALFEROW, 1874, Charkhoff, Russie.	COUSTON, à Daras, 3 mars 1876 (Lot-et-Garonne).
ANDRAL (Léon), Eaux-Bonnes.	COUTY, 1876, Paris.
AUGER, Bolbec, Seine-Inf., 1876.	CURTIS, Boston (U.-S.).
BARÉTY, 1874, Nice.	CUSCO, Paris.
BERCIOUX, Bourges.	DAMASCHINO, Paris.
BIDARD, Paris.	DAROLLES, Provins (S.-et-M.).
BINET, Suisse.	DECÈS (A.), Reims.
BLAIN, Bernay.	DECORNIÈRE, Lisieux.
BLANQUINQUE, 1870, Laon.	DEFOIX, 1874, Buenos-Ayres.
BLUM, Paris.	DELAUNAY, Paris, 1876.
BOCHEFONTAINE, 1874, Paris.	DELBARRE, Cambrai.
BOÉCHAT, Fribourg.	DELMAS (Louis-H.), La Havane, 1877.
BOISSIER, 1876.	DELPECH, Paris.
BONNET, Valence (Drôme).	DEMANGE, 1874, Nancy.
BOUCHER, Corbeil.	DENY (G.), 1876.
BOUCHUT, Paris.	DÉPÉRET-MURET, Limoges.
BOURCERET, 1877, Paris.	DEVOUGES, Corbeil.
BOUSSEAU, Cholet (M.-et-L.).	D'HEILLY, Paris.
BRUTÉ, Rennes.	DIANOUX, 1875, Nantes.
CADET DE GASSICOURT, Paris.	DIEULAFOY, Paris.
CADIAT, Paris.	DODEUIL, Ham.
CAMPBELL, Paris.	DRANSART, Somain (Nord).
CARESME, Paris.	DUBOIS, Abbeville.
CARION, Charleville.	DUBRUEIL, Montpellier.
CARPENTIER-MERICOURT, Paris, 1875.	DUBUC, Paris.
CARVILLE, Menton.	DUMONT-PALLIER, Paris.
CAUCHOIS, Rouen.	DUPERTUIS, Champigny (S.).
CAZIN (1869), Boulogne-sur-Mer.	DUPLAY (S.), Paris.
CHALLAND, Lausanne.	DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
CHEDEVERGNE, Poitiers.	EXCHAQUET, Rolle (canton de Vaud), Suisse.
CHÉNIEUX, Limoges.	D'ESPINE, Genève.
CHEVALET, 1877, Paris.	FARABEUF, Paris.
CLÉRAULT.	FAURE, Riom.
COLIN, Alfort.	FERRAND, Paris.
CORNILON, Vichy.	
COULON, Eterpigny (Pas-de-C.).	

MM.

FIOUPPE, 1876, Marseille.
FLEUROT, Dijon.
FOUCAULT, Fontainebleau.
FOURESTIÉ, 1876, Paris.
FOURNAISE, 1876, Paris.
FOURNIER, Paris.
FRÉMY, fils, Paris.
GADAUD, Périgueux.
GALLOPAIN, Evreux, 1877.
GARSEAUX.
GAUDRON, 1876, Besançon.
GELLÉ, Paris.
GIRARD, Grenoble.
GÖTZ, Genève.
GRANCHER, Paris.
GRIPAT, Angers.
GUBLER, Paris.
GUILLAUMET, 1874, Paris.
GUYON, Paris.
HABRAN, Reims.
HALLEZ, Lille.
HENROT, Reims.
HAMY, Paris.
HERPIN, Tours.
HERPIN (O.), 1876, Tours.
HERVEY, Troyes.
HILLAIRET, Paris.
HORTELOUP, 30 juin 1877.
HUCHARD, Paris.
HUGONNEAU, 1876.
ISZENARD, 1876, Saint-Denis.
KELSCH, 1874, Philippeville,
Algérie.
KOMOROWSKI, 76, Mondou-
bleau (Loir-et-Cher).
LABOULBÈNE, Paris.
LACROUZILLE, Périgueux.
LADMIRAL (Pascal), 3 mars 1876.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE
Paris.
LAFONT, Bayonne.

MM.

P. de LAFOULHOUZE, 1876.
LAGRANGE, 1874, Châl.-s.-Saône.
LAILLER, Paris.
LALLEMENT, Nancy.
LAMARRE, St-Germain-en-Laye.
LANGLET, Reims.
LAUGIER (M.), Paris.
LE BAIL, le Mans.
LEBREDO, La Havane.
LEBRETON, 1874, Paris.
LEDIBERDER, Lorient.
LE DOUBLE (A.), 1876, Tours.
LEDRU, Clermont-Ferrand.
LE FORT (L.), Paris.
LÉGÉE, 1868, Abbeville (Som.).
LEGER, Amiens.
LEMAISTRE, Limoges.
LEROY DES BARRES, St-Denis.
LESOUËF, Criqueot - Souville
(Seine-Inférieure).
LEVIEUX, Bordeaux.
LOLLIOT, 1877, Paris.
LUBIMOFF, 1874, Moscou.
LUTON, Reims.
LUYS, Paris.
MAINGAULT, Paris.
MALHERBE, père, Nantes.
MALHERBE (Albert), Nantes.
MARCÉ, 1874, Nantes.
MARCHAND, Paris.
MARJOLIN, Paris.
MARTIN, Nevers.
MARTIN (E.), Genève.
MARTINET, 1876.
MASSOT, à Perpignan.
YAUNOIR, 1876, Genève.
MIERZEJEWSKI, à St-Petersbourg.
MOCQUOT.
MOLLOY, Paris.
MONOD (L.), Paris.
MORCHAND, Paris, 1877.

MM.

MOTTA-MAIA, Rio-Janeiro, 11 fé-
vrier 1876.
MOUTON, 1874, Cutz (Oise).
MOYNIER, Paris.
NÉGRIÉ, Bordeaux.
NIVERT, Paris.
OLIVIER, Rouen.
OULMONT, Paris.
PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand
(Aisne).
PANAS, Paris.
PAQUET, Paris.
PARIS, Angoulême.
PARISE, Lille.
PASTURAUD, Etampes.
PÉAN, Paris.
PELTIER, Sedan.
PELVET, Vire (Calvados).
PERRIN, Paris.
PETITFILS, Vierzon.
PEULEVÉ, Amiens.
PEYRAUD, Libourne.
PICHARDO, La Havane.
PLANCHON.
POISSON, Nantes.
POLYCHRONIE, 1874.
PONCET, 1874, Lyon.
PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
RAGOT, Pont-Audemer.
RAYMOND, Limoges.
RAYNAUD (M.), Paris.
REVERDIN, Genève.
REY, Gaillac (Tarn).
RICHARD-MAISONNEUVE, Paris.
RICHET, Paris.
RIGABERT, 1874, Pont-d'En-
vaux (Charente-Inférieure).
RIPOEL, Toulouse.

MM.

RONDOT, Mamers (Sarthe).
ROQUE, Arnac - Pompadour
(Corrèze).
SAINTÉ-MARIE, Meulan (Seine-
et-Oise).
SAISON, Paris.
SCHLOSS, Paris.
SECOND-FÉRÉOL, Paris.
SÉE (M.), Paris.
SEUVRE, 1874, Reims.
SÉZARY, Alger.
SIREDEY, Paris.
SLAWJANSKI, St-Pétersbourg.
SCKEEL, 1874, Versailles.
SPIESS, Genève.
STOICESCO, fév. 1876, Buckarest.
TARNIER, Paris.
TEILLAIS, Nantes.
TEISSIER fils, Lyon.
THAON, Nice.
THIBIERGE, Paris.
THIERRY, Rouen.
TILLAUX, Paris.
TONNET, Niort.
TRAPIER (L.), Lyon.
ULLIAC (Henri), Paris.
URDY, 1874, Avignon.
VERETTE (Marcel), Sézanne
(Marne).
VEYSSIÈRE, 1877.
VIGUIER (J.), 1874.
VILLARD, Guéret.
WARINGEM, Calais.
WAST, Vitry-le-Français.
WILBOUCHEVITCH (BORIS DE),
1874, Moscou.
ZAMBIANCHI, Aix - en - Othe
(Aube).

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

53^e ANNÉE. — JANVIER 1878.

~~~~~

*Séance du 4 janvier 1878.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

1. M. KIRMISSON présente un cas d'*anévrisme diffus primitif*.
2. **Epithélioma du rectum. — Productions secondaires dans le foie et l'épicerâne. — Ulcérations hémorrhagiques de l'estomac ;** par M. MERKLEN, interne.

Louise [M...., âgée de 66 ans, admise dans le service de M. Empis, le 14 décembre 1877.

Cette femme, à son entrée à l'hôpital, est dans un état très-grave qui lui permet de ne donner que des renseignements incomplets sur le début et la marche de sa maladie. Elle raconte qu'il y a trois mois elle commença à s'affaiblir et à maigrir, que bientôt après ses digestions devinrent difficiles ; en même temps survint une tuméfaction considérable de l'abdomen et des membres inférieurs. Un ictère très-prononcé se manifesta quinze jours avant son entrée à l'hôpital ; les selles n'étaient pas décolorées, mais elles furent liquides et fréquentes pendant quelques jours, jamais sanguinolentes au dire de la malade.

L'existence d'un ictère chronique avec ascite, œdème cachectique, développement énorme du foie dont la matité descendait à cinq travers de doigt au-dessous des fausses côtes et se prolongeait jusque dans l'hypochondre gauche, permet d'établir sans hésitation, le diagnostic de cancer du foie. Mais à l'entrée de la malade et pendant les quelques jours qui suivirent, les phénomènes accusés par elle n'autorisaient pas à soupçonner dans quelque organe l'existence d'un cancer primitif. Il existait bien, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit, une tumeur indolente, du volume d'une grosse noix, adhérent à la peau et au maxillaire ; mais son développement, étant ultérieur à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, on ne pouvait considérer cette tumeur que comme un noyau de généralisation.

Pendant les quelques jours qui précédèrent sa mort, la malade rendit plusieurs fois par l'anus, des quantités assez considérables de sang rouge. Ces hémorrhagies intestinales permettaient de supposer qu'il existait un cancer de l'estomac ou de l'intestin ; mais il n'était pas possible de le localiser. Mort le 2 janvier.

**AUTOPSIE** faite le 4 janvier. — A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une quantité notable de liquide ascitique coloré par la bile. Foie dépassant les fausses côtes dans une étendue de 12 centimètres environ ; estomac très-dilaté et refoulé par le foie. Un peu de sérosité également colorée en jaune dans les deux plèvres, surtout dans la plèvre droite. *Poumons.* Le poumon droit est très-congestionné, presque carnifié. Le poumon gauche est à peu près sain. *Cœur.* Ventricule gauche un peu hypertrophié. — Aorte légèrement dilatée présentant à sa face interne des points athéromateux multiples.

*Foie.* Volume trois fois supérieur à son volume normal. Cette augmentation de volume porte surtout sur son lobe droit dont la face supérieure présente une convexité très-prononcée. Vésicule biliaire très-petite, ne renfermant que du mucus sans trace de bile. Masse ganglionnaire au niveau du hile comprenant dans son épaisseur, les vaisseaux et les conduits biliaires qu'il n'est pas possible à suivre. A la coupe du foie, noyaux carcinomateux multiples. A la partie centrale du lobe droit et dans la moitié de son étendue, le tissu de néoformation paraît avoir remplacé complètement la substance hépatique.

*Reins.* Graisseux. — *Rate.* Consistante et augmentée de volume. — *Estomac.* Il est distendu par un énorme caillot sanguin. Ce caillot enlevé, on constate l'existence d'érosions et même d'ulcérations hémorrhagiques multiples, arrondies, à bords taillés à pic, les unes de la grandeur d'un grain de

millet, d'autres atteignant 2 et 3<sup>mm</sup> de diamètre. Leur fond est coloré en noir. Elles existent sur les deux faces de l'estomac, surtout à sa partie moyenne; elles n'intéressent que la tunique muqueuse.

*Intestin.* Il est également rempli de sang, mais ne présente sur aucun point d'ulcérations semblables à celles de l'estomac. La partie supérieure du rectum est le siège d'une tumeur très-ulcérée, occupant tout le pourtour de l'intestin, atteignant en hauteur 3 à 4 centimètres. Cette tumeur, d'apparence carcinomateuse, siège dans les tuniques muqueuses et celluluses. Le péritoine, à ce niveau, présente quelques noyaux très-petits et non ulcérés. Il en existe de semblables sur la portion de la séreuse qui rencontre l'utérus; mais ces noyaux n'intéressent pas le corps même de l'organe.

*Crâne et cerveau.* Le cuir chevelu décollé, on constate sous le péricrâne des noyaux multiples, de la grosseur d'une petite noisette, de consistance cartilagineuse, de coloration blanchâtre. Les noyaux siègent dans l'épaisseur même du péri-crâne et n'intéressent pas le tissu osseux sous-jacent, dont ils se séparent avec facilité. Celui-ci, à leur niveau, est le siège d'une ostéite raréfiante. Le cerveau et les méninges sont intacts.

*L'examen histologique* a démontré que les tumeurs du rectum, du foie et de l'épicrâne étaient constituées par de l'épithélioma à cellules cylindriques.

REMARQUES. — Il s'agit, en résumé, d'un épithélioma du rectum avec noyaux de généralisation dans les différents organes que nous avons signalés. Les productions secondaires du foie sont très-fréquentes. Il n'en est pas de même de celles des os, qui cependant sont signalées.

Les érosions hémorragiques de l'estomac, observées dans ce cas, nous paraissent offrir un intérêt réel. Elles peuvent être attribuées à la congestion passive de l'estomac, et surtout du système veineux de la muqueuse, dépendant elle-même de la gêne de la circulation dans la veine porte.

**3. Hémorrhagie de la partie antérieure des trois circonvolutions frontales gauches sans aphasie; par MM. PIÉCHAUD, LEBEC et GAUCHÉ, internes des hôpitaux.**

B..., âgé de 22 ans, a été trouvé dans un escalier et est apporté presque sans connaissance le 25 novembre 1877, à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Richet). Cependant malgré son état d'hébétude et de prostration, 1<sup>o</sup> A la question: Théophile, me reconnais-tu? » posée par l'un de ses amis, il répond: « Oui, Paul, je te reconnais » sans erreur de nom ni

hésitation. 2° « Quel est votre état?, lui est-il demandé. — Réponse immédiate: « charretier. » 3° Dans la journée, la religieuse du service l'ayant interrogé pour savoir comment il allait, lui entendit prononcer distinctement ces paroles: « ça ne va pas mal, j'ai bien mal à la tête. »

On constate une petite plaie superficielle à la partie postérieure et médiane du crâne, mais sans dénudation osseuse.

Quels sont les symptômes objectifs? Il y a une résolution générale, plus prononcée cependant du côté gauche. Au contraire des deux côtés existe un retard de la sensibilité générale, mais la motilité est conservée. Légère parésie faciale gauche: la pupille du même côté est plus dilatée qu'à droite, chute de la paupière gauche, l'œil droit est complètement sain. — Ajoutons la paralysie des sphincters; le malade urinant dans son lit, selles régulières sans caractère spécial. A l'officier de justice qui lui demandait son domicile, le malade a répondu qu'il restait rue des Blancs-Manteaux. Outre le nom de sa rue, il lui a aussi donné celui de son père, de sa mère, etc.

28. — P. 48; T. 38°. — Ce qui frappe le plus aujourd'hui, c'est la chute considérable du pouls, sans autre phénomène nouveau.

29. — P. 44; T. 38°, 8. L'abaissement du pouls se maintient: mais le malade présente depuis la nuit précédente (7 h. 1/2 du soir) une agitation très-considérable sans délire.

1<sup>er</sup> décembre. — P. 56. — 2 décembre. P. 60. Le pouls se relève légèrement, le malade est sorti de son lit, incontinence des urines et des fèces.

3 décembre. — P. 92; T. 38°, 2. Le malade est plus calme.

4 décembre. — T. 38°, 2. Prostration intense et coma, soit 38°, 3. Application de 6 sangsues aux apophyses mastoïdes.

5, mort à 5 h. 1/2 du matin.

6. AUTOPSIE. — *Crâne*. La petite plaie constatée à la partie postérieure du crâne n'atteignait pas le périoste externe. — Pas de fracture de la voûte ni de la base. — Hémisphère droit sans lésion extérieure.

*Hémisphère gauche*. — Vaste épanchement sanguin coagulé sous la dure-mère. Entre la pie-mère et la substance corticale, se trouve du sang qui est aussi déjà coagulé. Au niveau de la base, le caillot comprime la moelle allongée sur sa face inférieure et ses deux faces latérales, surtout gauche. Le lobe occipital, surtout gauche, est aussi comprimé dans l'intervalle compris entre l'espace sous-arachnoïdien antérieur et le sinus caverneux. Le caillot est donc en dehors de la pie-mère, il est le prolongement du premier, décrit plus haut. Pas de caillot en arrière du bulbe.

*Lobe frontal*. — Il existe une attrition par suite d'hémorrhage

gie de toute la pulpe cérébrale appartenant à la corne frontale, ainsi que l'indique la figure ci-jointe, la 4<sup>e</sup> circonvolution frontale ascendante est intacte, ainsi que la scissure frontale parallèle. Sont aussi intacts, dans le lobe frontal de Gratiolet, la 1<sup>re</sup> frontale dans ses deux tiers postérieurs, et la 2<sup>e</sup> frontale dans sa moitié postérieure, ainsi que la scissure frontale supérieure qui leur est intermédiaire. De même la base, le pied ou tiers postérieur de la 3<sup>e</sup> frontale est intact; il en est de même de l'insula, ainsi que cela a été facile à constater par deux incisions, l'une horizontale, faite à la face interne du lobe, l'autre verticale faite en avant de la marginale antérieure. En résumé sont intacts : les racines des trois frontales et la scissure frontale parallèle.

Sont détruits : 1<sup>o</sup> les deux tiers antérieurs de la 3<sup>e</sup> frontale et la scissure frontale inférieure intermédiaire; 2<sup>o</sup> la moitié antérieure de la 2<sup>e</sup> frontale; 3<sup>o</sup> la portion correspondante de la scissure frontale supérieure; 4<sup>o</sup> et enfin le tiers antérieur de la 1<sup>re</sup> frontale.

Ajoutons toutefois que si extérieurement la 3<sup>e</sup> frontale ne présente qu'une légère altération, à l'intérieur le caillot paraît s'y prolonger. Atrophie de la circonvolution de l'hippocampe.

*Hémisphère droit.* — La corne frontale y est bien moins atteinte que du côté gauche. On trouve du sang liquide dans les ventricules latéraux et le ventricule moyen, mais non dans le quatrième.

*Tronc.* — Les organes qu'il renferme ne présentent aucune espèce de lésion infarctique ou hémorrhagique.

*RÉFLEXION.* — Cette observation confirme une fois de plus la règle. Point d'aphasie sans lésion de l'extrémité postérieure de la circonvolution de Broca, avoisinant ou même atteignant l'insula de Reil. Nous opposerons à notre fait un cas d'aphasie dû à un ramollissement de la partie postérieure de la 3<sup>e</sup> frontale gauche et d'une petite partie du lobule de l'insula (Lucas-Championnière, *Bul. de la Soc. anat.*, 1875, p. 702).

M. LETULLE présente de la part de M. Deschamps, un cas de *lymphangite pulmonaire cancéreuse*.

#### 4. Note sur un cas d'athétose : observation, autopsie; par M. LANDOUZY, chef de clinique.

L... (Céline), âgée de 32 ans, ménagère, célibataire, n'ayant eu ni enfants ni fausses couches, entre le 2 juin 1877, à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, pour des métorrhagies et des maux de reins dont elle souffre depuis près de deux mois. C'est à peine si la malade appelle notre attention sur les petits mouvements incessants qui se produisent



dans les membres droits et dont il va être parlé longuement.

*Antécédents héréditaires.* Absolument négatifs tant au point de vue des maladies nerveuses qu'au point de vue des affections cancéreuses.

*Antécédents personnels :* Pas de maladie d'enfant. Interrogée avec soin sur l'origine de l'infirmité de sa fille, la mère raconte que, à l'âge de deux ans, Céline, qui avait le développement des enfants de son âge, qui avait, jusque-là, été absolument bien portante, eut un jour une grande frayeur (sa sœur tombée dans la cheminée en fut retirée carbonisée) : cette frayeur n'aurait produit ni maladie, ni fièvre, ni convulsions, ni paralysie. C'est fort peu de temps après cet accident (quelques jours après, croit se rappeler la mère) qu'on s'aperçut que Céline « dont les membres droits avaient toujours été absolument comme les membres gauches, » se mit à remuer d'une façon presque constante les doigts de la main droite : les mouvements étaient « petits, continuels et comme convulsifs. » Quand on s'aperçut de ces petits mouvements, Céline n'était pas malade et ne se plaignait d'aucune espèce de douleur dans les membres : à ce moment, non plus, on ne remarqua rien ni du côté de la figure ni du côté de la parole. Deux mois environ après l'accident, pour la guérir des mouvements de son côté droit, on fait entrer l'enfant à l'hospice de Rouen, d'où elle sort sans aucune amélioration.

■ Les mouvements involontaires de la main continuent avec la même persistance, au point même que Céline ne peut essayer aucun apprentissage : son intelligence semble être celle des enfants de son âge, et pourtant elle ne peut, pendant un séjour à l'école de deux à trois ans, apprendre ni à lire ni à compter.

Les choses en seraient, depuis l'enfance, toujours restées ce que nous les voyons aujourd'hui, avec cette différence pourtant, que plus Céline vieillit, plus son « spasme » devient fort, plus il augmente, en ce sens, qu'autrefois les doigts et les orteils *seuls* étaient mobiles, remués, contracturés et forcés, tandis que maintenant, la main tout entière, le poignet, le coude, les orteils et tout le pied sont le siège de mouvements incessants.

A aucune époque, Céline n'a présenté d'accidents épileptiques ou épileptiformes, elle n'est pas sujette au vertige, ne souffre jamais de maux de tête et ne s'est jamais aperçue que la sensibilité des membres droits fût autre, moindre ou plus vive que celle des membres gauches. Menstruée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs jusqu'à ces derniers temps, C... dit avoir remarqué que, souvent, au moment des règles, les mouvements étaient plus forcés, plus étendus et plus rapides.

Pendant la guerre, C... fait, pour une fièvre typhoïde, un séjour de deux mois à l'hôpital Necker : l'athétose ne paraît avoir été en rien influencée ni par la fièvre continue ni par un traitement dont l'iodure de potassium et l'électrisation firent tous les frais.

Depuis 1870, les choses n'ont pas changé, C... est devenue femme de ménage, se servant de la main gauche pour faire toutes choses qui demandent quelque force et quelque adresse, s'aidant de la main droite pour porter les objets un peu lourds, prenant de la main droite les seuls objets assez minces pour être saisis entre la pince solide que forme le pouce quand il est momentanément fléchi contre l'index. La marche est gênée par une boiterie légère.

Si C... entre aujourd'hui à l'hôpital, ce n'est pas « pour son infirmité, » c'est pour des douleurs de reins persistantes, pour des métrorrhagies qui durent parfois dix à douze jours, pour une faiblesse générale et de l'anorexie qu'elle rapporte aux pertes abondantes qu'elle vient de faire.

*État à l'entrée à l'hôpital.* C... est maigre, chétive ; la figure osseuse est couverte de macules d'un gris-jaunâtre qui donnent à la physionomie quelque chose du masque utérin. — L'examen de l'appareil digestif, de l'abdomen et de l'appareil urinaire ne révèle rien ; de temps à autre, douleurs sourdes dans le bas-ventre ; dans l'intervalle des pertes de sang, pertes blanches ou roussâtres presque continues, d'odeur fétide. L'examen vaginal révèle un col volumineux, informe, mou, fongueux, friable, saignant facilement. *Diagnostic* : épithélioma du col expliquant le facies, la teinte cachectique, l'affaiblissement, les douleurs et les pertes.

*Examen des membres.* Le développement des quatre membres paraît symétrique, pourtant légère boiterie à droite qui tient à ce que C... se sert du *pied* comme s'il était ankylosé, comme s'il formait pilon. La flexion, l'extension et tous les mouvements sont aussi complets que faciles dans la hanche et le genou : le pied, en adduction légère, reste à angle droit sur la jambe ; la malade marche un peu comme une hémiplégique, avec cette différence qu'elle ne fauche pas et qu'elle n'a pas de tendance à se porter sur le bord externe. Aucun mouvement pendant la marche ne paraît se passer ni dans l'avant-pied ni dans le cou-de-pied, C... marche comme si le tarse était ankylosé : la pointe du pied est portée en dedans, mais ne touche jamais la face interne du pied gauche.

Durant la marche, C... laisse le bras droit demi-pendant le long du corps, le poignet fléchi à angle droit sur l'avant-bras, le pouce fixé contre l'index ou infléchi dans la main et recouvert par les doigts fléchis ; de petits mouvements se produi-

sent, lentement, constamment dans les doigts, mais la position de ceux-ci entre eux et la position du poignet par rapport à l'avant-bras reste ce que nous venons de dire.

Si la malade étant immobile dans la station verticale, plantée sur ses deux pieds, on vient à lui faire exécuter un mouvement quelconque dans une des parties quelconques du corps, des contractions légères surviennent dans les orteils droits. La malade exécute-t-elle des mouvements voulus, commandés ou involontaires dans la main et le poignet du côté droit, lentement, insensiblement, avec un retard appréciable, des mouvements de flexion forcée des orteils se produisent, mouvements assez forts pour qu'une certaine oscillation se produise dans tout le corps de la malade obligée de rectifier sa base de sustentation.

Examen au lit, la malade reposant, assise sur ses oreillers : facies symétrique au repos et dans les différents jeux de physionomie; le sillon naso-labial gauche paraît un peu plus accusé que le droit, pourtant pas d'hémiplégie faciale appréciable. — Le développement de la face et du crâne est absolument normal et symétrique; il en est de même pour le tronc, le bassin et les membres. — Légère inégalité des pupilles, la droite est plus large que la gauche : mobilité normale des yeux dans l'orbite, pas de nystagmus.

Les mouvements de la face retentissent dans la main droite, comme, du reste, les mouvements provoqués ou spontanés, exécutés en un point quelconque du corps : il en est de même des émotions, il suffit, en effet, de fixer la malade, d'examiner ses membres pour que les mouvements prennent plus d'amplitude et se produisent un peu plus vite que quand la malade est livrée à elle-même ou ne s'aperçoit pas qu'on l'observe.

Le plus ordinairement, quand la malade est assise sur son lit, voici quelles sont la position et la physionomie de ses membres droits : le bras est légèrement écarté du tronc, l'avant-bras en extension presque complète et en demi-pronation, le poignet demi-fléchi sur l'avant-bras, le pouce fléchi dans la main de façon à ce que sa phalange vienne se fixer entre les doigts médius et annulaire : les quatre phalanges sont fléchies sur les métacarpiens, mais les phalanges et les phalanges sont étendues sur les phalanges; cette position, au premier abord, semble fixe, il faut y regarder avec attention pour voir que, même alors que la malade paraît absolument immobile, il se passe, dans les doigts, des mouvements petits, faibles, lents, mais incessants. Cette position est telle que, de prime-abord, quand on approche la malade on la croit atteinte de contracture avec rétraction des fléchisseurs. A un examen rapide, le membre supérieur de Céline rappelle celui des hémip-

plégiques anciens chez lesquels s'est produite une sclérose descendante, mais, dès que la malade veut exécuter un mouvement, la mobilité constante apparaît plus nette et plus étendue, la main fléchie s'ouvre petit à petit pour passer à une extension absolument complète. Il suffit d'examiner Céline pendant quelques minutes pour voir le pouce se dégager des doigts, ceux-ci s'étendre lentement, comme à regret, le poignet se défléchir, la supination remplacer insensiblement la pronation, l'avant-bras s'étendre complètement sur le bras ; l'extension produite dans toute la partie inférieure du bras, on voit bientôt la flexion se produire petit à petit, lentement, comme si elle nécessitait un véritable effort, successivement dans chacun des doigts, dans le poignet, puis dans l'avant-bras. Tous ces mouvements se produisent lentement, difficilement, ils sont comme forcés, tout, dans le membre paraît raide, et contracturé, les mouvements semblent produits par un effort considérable, l'extension des doigts, par exemple, est si complète que les doigts forment, avec la main, une concavité supérieure, la flexion est telle aussi que les doigts forment une pince très-solide, toutefois cette pince ne reste fermée que peu de temps : met-on, par exemple, une canne dans la main au moment où celle-ci est ouverte, la canne se trouve solidement maintenue dès que les doigts s'infléchissent fortement, mais, quelques secondes après, la pince formée par les doigts infléchis, s'entr'ouvre et la canne s'échappe.

Quoique les petits mouvements qui s'exécutent constamment dans le membre droit soient influencés comme rapidité et amplitude par les mouvements exécutés à gauche, il ne semble y avoir aucun rapport entre la nature des mouvements involontaires exécutés à droite et les mouvements voulus à gauche : les mouvements de flexion ou d'extension gauche ne produisent pas de mouvements semblables à droite, ils accentuent simplement l'athétose sans influencer le sens dans lequel celle-ci se produit. Quoiqu'il n'y ait pas de contracture proprement dite, la flexion et l'extension provoquées de l'avant-bras sur le bras se font avec une certaine raideur non douloureuse : articulations absolument saines.

Ce fait que, activement ou passivement, la malade peut, successivement, exécuter les divers mouvements de flexion et d'extension des doigts, du poignet et de l'avant-bras, ce fait encore qu'on peut (sans faire souffrir la malade et sans grande résistance) imprimer aux divers segments du membre telle position que l'on veut, prouve de la façon la plus manifeste qu'il n'y a, contre toute apparence, aucune contracture.

A la résistance qu'oppose C..... (quand on le lui commande) à l'extension de l'avant-bras sur le bras, on peut pen-

ser qu'il n'y a aucun trouble paralytique sur le membre supérieur droit : en tous cas, on se trouve dans l'impossibilité absolue de mesurer la force de la main droite au dynamomètre, les doigts s'étendant à peine fléchis sans avoir eu le temps de s'appliquer sur l'instrument.

La sensibilité, à tous les modes, est égale sur tous les points du corps : ce qu'on remarque, en explorant la sensibilité, c'est que chacune des sensations (piqûre, impression de froid, choc, etc.) perçue sur un point quelconque du corps semble retentir sur le membre droit dont il modifie la situation, dont il accentue l'athétose.

La mensuration des membres supérieurs donne, au point de vue de leur longueur et de leur volume, des résultats absolument identiques : les masses musculaires, le tissu celluloadipeux sous-cutané, les téguments sont les mêmes. Même développement des éminences thénar et hypothénar, même aspect des doigts à droite qu'à gauche, avec cette différence pourtant que les ongles droits sont un peu crochus.

Les recherches thermiques faites sur les membres donnent si peu de différence que celle-ci paraît pouvoir être négligée, pourtant la malade prétend avoir toujours un peu froid à droite. La légère différence de température constatée avec un thermomètre plat laissé dix minutes en place, portait sur un abaissement de  $\frac{2}{10}$  de degré pour la cuisse droite et de  $\frac{1}{10}$  pour le bras droit. Pas d'autre sensation dans les membres que ce refroidissement accusé par la malade.

*Membre inférieur droit.* La malade examinée couchée dans le décubitus horizontal, la jambe étendue, le pied apparaît légèrement porté en dedans avec tendance à rester étendu sur la jambe en formant un angle obtus ouvert en avant, les orteils incomplètement fléchis. L'extension voulue du pied sur la jambe se fait presque aussi bien que du côté sain, mais lentement, petit à petit, comme par une série d'efforts lentement et longuement accumulés qui rappellent les mouvements forcés des doigts ; le mouvement du pied s'accompagne de flexion et d'adduction forcées des orteils. Le pied peut-être volontairement fléchi, mais sa flexion ne dépasse guère l'angle droit, ce mouvement de flexion se fait lentement, péniblement, pendant qu'il s'exécute les orteils sont en mouvement incessant. Chacun des mouvements voulus ou provoqués du pied ou des orteils s'accompagne de mouvements dans les doigts et le poignet droit ; de même, les mouvements voulus ou provoqués des doigts et du poignet amènent des mouvements dans le cou-de-pied et les orteils sans qu'il y ait similitude dans les mouvements, la flexion des orteils n'entraînant pas la flexion

des doigts, et *vice versa*. Même force musculaire, même longueur, même volume des membres inférieurs.

Pendant le sommeil, les membres droits sont immobiles : le plus souvent le membre supérieur en extension et en pronation complètes, les doigts écartés, repose sur le drap par sa face palmaire.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, C..... se plaignant vivement de douleurs pongitives, lombaires (douleurs en rapport avec l'affection utérine), on fait, sur la face dorsale de l'avant-bras droit une injection morphinée de 4 centigramme : l'action calmante est obtenue, mais il se produit, au niveau de la piqûre, un petit phlegmon qui cède, en 48 heures, à l'application de cataplasmes : ce petit accident n'amène aucune réaction générale, mais il semble que, pendant les deux jours qu'a duré le phlegmon, la mobilité des doigts et du poignet ait été encore plus accusée et plus incessante que d'ordinaire ? On serait d'autant plus tenté d'accorder une certaine influence au phlegmon (comme cause d'excitation périphérique) que nombre de fois, dans le cours de l'évolution de l'affection organique qui a enlevé la malade, des injections de morphine ont été faites sans produire de modifications appréciables sur l'athétose, alors qu'elles ne détermineraient aucun accident sur les téguments.

A plusieurs reprises, la malade est observée pendant son sommeil et l'immobilité absolue des membres droits constatée : une fois pourtant, surprenant, contre toute attente, de légers mouvements dans la main qui rappelaient ceux qui se produisent dans la veille, nous réveillons brusquement C....., qui nous affirme qu'elle rêvait, qu'elle se croyait « vaquant à ses occupations de femme de ménage. » Quand, dans d'autres occasions, il nous est arrivé de réveiller brusquement C....., dont la main reposait, absolument immobile sur son lit, dans une demi-flexion, toujours nous avons vu les mouvements commencer instantanément avec le réveil, la main se fermant brusquement comme une pince pour ensuite décrire la série de mouvements et passer par la série de positions dont l'allure a été longuement décrite.

Depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'à la mort, l'athétose s'est présentée avec les mêmes caractères, aucune modification n'est survenue dans les membres, aucun phénomène nerveux ne s'est ajouté et jamais n'a été observé le moindre accident épileptiforme ou convulsif. Sous l'influence des progrès lents mais incessants de l'affection organique de l'utérus, sous l'influence des métrorrhagies fréquentes et abondantes au début, plus rares vers la fin, l'état général seul change, la malade s'affaiblit au point de ne pouvoir quitter son lit sans s'exposer

à des lipothymies et même à des syncopes, elle succombe aux progrès de sa cachexie, le 4<sup>er</sup> janvier 1878.

**AUTOPSIE.** — Aspect squelettique du cadavre, léger œdème blanc sur la partie inférieure de la jambe droite, œdème survenu dans les derniers jours, C..... reposant habituellement dans le décubitus latéral droit. La main droite est demi-fléchie comme elle l'était habituellement dans le sommeil. Même rigidité cadavérique pour les membres supérieurs, droit et gauche.

Membre inférieur droit en adduction et extension incomplète. Rigidité cadavérique plus marquée sur l'articulation fémoro-tibiale gauche que sur la droite, de même pour l'articulation de la hanche.

L'examen comparatif des muscles, os et articulations montre une symétrie complète. — *Thorax* : Cœur petit. — *Poumons* : granulations tuberculeuses et petits foyers caséux aux deux sommets.

*Abdomen* : Tube digestif sain. — *Foie* : volumineux, très-gras, pesant 1,940 grammes. — *Reins* : droit (140 grammes) présentant, à sa partie supérieure, un foyer caséux cortical. — Gauche (215 grammes), ne se laissant pas décortiquer sans qu'on enlève d'épais lambeaux de sa substance ; creusé de foyers caséux semblant résulter, à la fois d'une néphrite tuberculeuse et d'une néphrite interstitielle aiguë, celle-ci résultant de la distension considérable des calices, du bassin et de l'uretère par compression de ce dernier, dans le petit bassin, par extension du carcinome utérin. — *Utérus* : Toute la portion cervicale ramollie, détruite en partie, est envahie par du cancer alvéolaire.

*Crâne* : Boîte crânienne absolument symétrique. — Meningen saines. — L'*encéphale* (1,050 grammes) est symétrique ; sa décortication facile : circonvolutions saines, paraissant aussi bien développées à gauche qu'à droite. Vaisseaux de la base sains. Le pédoncule cérébral gauche paraît, à son origine et dans toute sa longueur moins large que le droit : largeur mesurée au compas d'épaisseur :

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Pédoncule gauche..... | 11 millim. |
| Pédoncule droit.....  | 16 —       |

La *protubérance*, le *bulbe* paraissent normaux et symétriquement développés, il en est de même pour le cervelet. La moelle fraîche paraît symétrique, peut-être la corne droite se détache-t-elle mieux sur les cordons blancs que la gauche ?

L'*encéphale* reposant sur la table par sa convexité, on fait la coupe mamillaire : les masses centrales apparaissent saines, à l'exception du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche

dont le volume, l'aspect, la forme, la couleur et la consistance sont tout autres que du côté droit.

Le corps strié extra-ventriculaire gauche est occupé par un foyer irrégulier dans ses contours, tout en rappelant la forme générale du ganglion lenticulaire, foyer de coloration brunâtre, de consistance molle, renfermant, en son milieu, un *calcul* du volume d'un haricot: tout ramolli que soit le ganglion lenticulaire, sa consistance n'a rien de la diffluence ordinaire aux foyers des ramollissements ischémiques, il n'est pas constitué par une pulpe s'en allant en déliquium dès qu'on cherche à la dissocier par un courant d'eau ou par le manche du scalpel; de plus, le calcul n'occupe pas, au sein du foyer, une position indifférente comme il le ferait dans une masse nécrobiosée; il est fixé, et comme enkysté au milieu d'un tissu formé à la fois de détritux caséux et de brides filamenteuses.

Ce qui prouve bien qu'au sein même du noyau ramolli il y a comme une trame organisée, trame d'apparence conjonctive, c'est que l'extraction du calcul laisse après elle une empreinte qui donne à la masse même du foyer un aspect alvéolaire que ne modifie pas l'impression digitale. Le calcul, irrégulier de forme, décrit grossièrement une espèce d'S italique à trois angles saillants, qui se sont creusés chacun une logette dont l'empreinte reste manifeste en dépit des tiraillements exercés sur le foyer. Les altérations du tissu s'arrêtent exactement au noyau lenticulaire, ni la capsule externe ni la capsule interne ne sont intéressées; cette dernière, comme la couche optique, paraît un peu déformée, mais cette déformation légère de la capsule interne et de la couche optique paraît due à ce que ces parties ne sont plus exactement soutenues par le ganglion lenticulaire dont le volume et la consistance ont diminué. Des coupes successives faites parallèlement à la coupe mamillaire, montrent que la lésion du ganglion intéresse celui-ci seulement dans sa partie antérieure, dans une longueur comprise entre son extrémité frontale et un plan vertical passant immédiatement en avant des pédoncules cérébraux (1).

Un examen minutieux des pédoncules et du mésencéphale montre qu'il n'y a pas d'autre lésion que celle du corps strié: l'examen histologique, pratiqué après durcissement, montre qu'il s'agit d'un foyer d'encéphalite chronique probablement développé autour du calcul. Le calcul, dans son entier pesait 0 gr. 92; une analyse qualitative a été faite, sur un de ses fragments, dans le laboratoire de la Charité, par M. A. ROBIN, qui nous a remis la note suivante: « Le fragment

---

(1) L'aspect, les rapports et l'étendue de la lésion sont figurés dans deux dessins déposés dans l'album de la Société anatomique.



sur lequel j'ai eu à opérer pesait 0 gr. 0305 : coloration gris-jaunâtre, très-légèrement teintée de brun en certains endroits. Consistance friable. La concrétion se résout par l'écrasement en granules arrondis et en paillettes d'apparence micacée. Le fragment est mis en digestion pendant deux heures, avec de l'éther, à la température de 25°. L'éther évaporé laisse un résidu onctueux qui tache le papier et donne au doigt la sensation d'un corps gras. Une petite portion de ce résidu est placée sur une lame de verre, délayée dans l'eau distillée et examinée du microscope, on y trouve :

1° Masses cristalloïdes, couleur grenat ou jaune-brunâtre, ayant les caractères de l'hématoidine; — 2° amas pigmentaires noirs de volume variable; — 3° masses cristalloïdes bleues semblables comme aspect aux masses d'indigo que l'on trouve quelquefois dans l'urine; — 4° très-rares cristaux d'oxalate de chaux; — 5° granulations graisseuses; — 6° lamelles de cholestérine; — 7° aiguilles d'acides gras; — 8° masses arrondies dont la périphérie est finement dentelée, dont la nature n'a pu être nettement déterminée, mais paraissant constituées par des corps gras.

« Après ce traitement par l'éther, le fragment réduit en poudre est traité par l'eau distillée aiguisée d'une petite quantité d'acide chlorhydrique : on voit se dégager un grand nombre de bulles de gaz, d'acide carbonique. Dans la solution chlorhydrique, on détermine qualitativement la présence des éléments suivants : chaux, en grande quantité — magnésie moins abondante que la chaux, acide phosphorique, fer. — La poudre n'est pas dissoute en entier par l'acide chlorhydrique, il reste un résidu très-mou, facile à écraser, donnant au doigt une sensation onctueuse. Ce résidu se colore vivement par le carmin et à l'examen microscopique paraît constitué par des masses organiques amorphes. »

REMARQUES. — Il est de toute évidence que les membres droits de C.... étaient athétosés (ἀθετος, sans position fixe) suivant l'expression consacrée par Hammond. Il est de toute évidence aussi, que, si le cas de Céline correspond bien à la description du médecin américain (1), il en diffère par ce détail — d'une importance considérable, dans l'espèce — que chez Céline l'athétose n'était limitée ni aux doigts ni aux orteils comme elle l'était chez les deux malades dont les mouvements frappèrent par leur singularité et leur délimitation étroite, l'attention de Hammond. Par l'extension des mouvements au poignet et à tout l'avant-bras, au pied et au cou

---

(1) *A Treatise of diseases of the nervous system.* New-York 1871.

de pied, Céline ressemble de tous points à plusieurs des malades qui ont été montrées par M. Charcot, dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière, au jeune homme dont l'histoire vient d'être rapportée par M. Proust (1), aux deux malades enfin dont l'observation a été donnée par Martin Bernhardt (2) et O. Berger (3).

Chez notre malade, il semble (d'après le dire de sa mère) que d'abord, les mouvements aient été limités aux doigts et que, très-lentement, tardivement, l'athétose se soit étendue au poignet et à l'avant-bras.

Ce fait de l'extension de l'athétose est un des arguments à faire valoir en faveur de la nature choréiforme de l'athétose : celle-ci paraît bien ne pas constituer un état morbide particulier, autonome, mais simplement une variété de la chorée symptomatique à laquelle M. Charcot (4) s'efforce de la rattacher.

Ce qui prouve encore que l'athétose n'est qu'un syndrome morbide, c'est la variété grande relevée dans les phénomènes surajoutés aux troubles de mobilité ; tandis que Hammond notait sur ses malades de l'hypertrophie musculaire, M. Proust notait de l'atrophie, M. Charcot de l'hémi-anesthésie, Martin Bernhardt de l'hypertrophie et une légère anesthésie, O. Berger une atrophie légère avec anesthésie, hyperthermie, parésie et attaques convulsives gauches, nous ne constatons chez Céline absolument que l'athétose. Cette variabilité relevée dans les observations indique évidemment que l'athétose (au même titre que les autres troubles morbides qui peuvent l'accompagner, la précéder, la suivre, comme ils peuvent manquer) n'est que la résultante d'un trouble fonctionnel dont la nature, l'étendue et l'intensité seront subordonnées au siège occupé par la lésion dont l'athétose est un symptôme au même titre que la parésie, la contracture, les convulsions, les perversions sensitives, etc., etc.

Pour que ces données de physiologie pathologique passent du domaine de la prévision dans celui de la réalité et de l'évidence, il faut que les nécropsies expliquent, par le siège des lésions, les caractères de pureté ou de complexité avec lesquels se montre l'athétose. A ce point de vue spécial, notre observation présente un intérêt considérable : en regard d'une athétose pure du membre supérieur et d'une athétose du pied,

---

(1) *France médicale*, n° 52, juin 1877, p. 411.

(2) *Archives de Virchow*, vol. 67, p. 1, 1876.

(3) Analysée, in *Archives génér. de médecine*, n° septembre 1877, p. 359.

(4) Leçons cliniques de la Salpêtrière, décembre 1876, publiées par Bourneville, in *Progrès médical*.

l'autopsie révèle une lésion unique, une lésion du noyau extra-ventriculaire du corps strié : lésion et symptomatologie sont, pour ainsi dire, adéquates et l'on ne comprendrait guère, comment, n'ayant pas d'autre lésion, Céline eût pu présenter d'autres troubles symptomatiques, des perversions sensitives, de la paralysie ou encore des troubles trophiques ? Mais, si on comprend qu'avec une lésion du noyau lenticulaire toutes manifestations sensitives, trophiques ou convulsives aient manqué, il resterait à expliquer comment cette lésion du corps strié (suffisante pour entraîner un léger amincissement du pédoncule cérébral) n'a pas amené d'hémiplégie ? L'explication ne serait pas facile à donner et notre autopsie semblerait s'accorder assez mal avec les résultats obtenus dans les expérimentations les plus récentes (Nothnagel, Ferrier, Carville et Duret), si on ne pouvait chercher l'explication de la conservation de la motilité dans ce fait, que, d'une part, il n'y avait pas, à proprement parler, destruction de la partie du noyau lenticulaire envahie par la lésion, d'autre part, le foyer était limité à la région antérieure du corps strié, la lésion s'arrêtant sur un plan correspondant très-exactement à la coupe prœpédonculaire ? Si l'amaigrissement du pédoncule gauche semble prouver que des fibres du pédoncule, destinées au noyau lenticulaire, avaient disparu, d'une part, l'absence de toute contraction dans le membre supérieur et dans les segments supérieurs du membre inférieur, d'autre part, la non-apparence d'asymétrie bulbaire et spinale semblent indiquer que peu des fibres lenticulo-pédonculaires avaient disparu ; peut-être même faudrait-il expliquer l'hémiathétose par l'irritation soit des fibres lenticulo-pédonculaires incluses dans le foyer, soit des fibres de la capsule interne bordant le foyer, irritation entretenue soit par le travail cicatriciel dont le foyer était devenu le siège, soit par le calcul qui s'y était enkysté ?

Pour ce qui est de la nature de la lésion du noyau lenticulaire, nous croyons qu'il est sage de rester dans la réserve : peut-être s'agit-il d'un tubercule ou d'un gliome qui, après avoir éclos à l'époque où les premiers phénomènes d'athétose ont été remarqués chez la malade, s'est arrêté dans son évolution ?

Acceptant assez volontiers l'idée d'un tubercule arrêté dans son développement, nous expliquerions la présence du calcul dans le foyer, par cette notion d'anatomie pathologique générale dont M. le professeur Gubler faisait récemment ressortir toute la valeur (1), à savoir qu'un « tissu peu vivant et dont la rénovation ne s'effectue qu'avec lenteur ou même s'arrête tout à fait, se charge peu à peu de substances terreuses et insolubles par elles-mêmes, tenues en suspension

par le liquide séreux dont il est imprégné et qui, se renouvelant sans cesse, finit par accumuler dans la trame organique des quantités relativement énormes de substances incrustantes. »

Au reste, quoi qu'on puisse penser du rôle à attribuer à l'irritation entretenue directement dans le foyer, ou bien à l'irritation exercée dans son voisinage, c'est-à-dire sur les confins de la capsule interne, quoi qu'il en soit des explications que l'on puisse fournir pour trouver le *procédé instrumental* de l'athétose dans le cas particulier, notre autopsie garde toute son importance en ce sens qu'elle justifie par l'anatomie pathologique le rapprochement fait, au nom des analogies symptomatiques, par l'Ecole de la Salpêtrière, quand elle estime que l'athétose n'est qu'une variété de la chorée symptomatique.

---

*Séance du 11 janvier 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**5. Arthrite de l'articulation sternale supérieure, avec fusées purulentes et emphysème spontané, survenue au déclin d'une fièvre typhoïde; par V. MENARD, interne provisoire.**

Le nommé X..., âgé de 29 ans, est entré, le 19 décembre, dans la salle Sainte-Geneviève, hôpital Temporaire, service de M. GOUGUENHEIM. La maladie a pris la forme ataxo-adrénalique, vers le huitième jour, d'une fièvre typhoïde. Dans un accès de délire violent, X... a tué un de ses voisins en lui fracturant le crâne. Bientôt la prostration a succédé au délire; une large escharre s'est développée au sacrum à partir de la troisième semaine; enfin une congestion pulmonaire intense paraît avoir hâté la mort qui est arrivée le sept janvier.

Nous appelons l'attention sur une complication qui s'est montrée seulement dans les derniers jours. L'avant-veille de la mort, nous avons remarqué en auscultant le malade, une petite tumeur pré-sternale, fluctuante, peu douloureuse. Le malade qui répond encore aux questions, ne s'en est pas

plaint. Le lendemain, la tumeur est beaucoup plus volumineuse, elle s'étend surtout vers la droite dans l'épaisseur des pectoraux et forme dans cette région une saillie appréciable à la vue. La main sent sur le bord inférieur du grand pectoral une crépitation fine qui se répète à chaque compression et qui ne peut se rattacher qu'à une infiltration des tissus par des gaz. En même temps on voit, sous l'influence des mouvements respiratoires, la première pièce du sternum passer successivement en avant, puis en arrière de la seconde; les deux extrémités osseuses frottent l'une sur l'autre et donnent la sensation du craquement articulaire de l'arthrite sèche. Le malade succombe avec des râles bronchiques et trachéaux, une cyanose très-prononcée.

**AUTOPSIE.** — Les plaques de Peyer sont pigmentées, noires; il ne reste qu'une ulcération au voisinage du cœcum. Les *poumons* sont fortement congestionnés aux bords.

L'escharre au sacrum présente de larges décollements de la peau vers la région fessière. *Rien* de remarquable dans les autres organes. Les lésions sternales doivent surtout nous occuper. Nous avons enlevé les poumons avec le sternum, de manière à ménager les adhérences antérieures. En effet, les bords des poumons restent attachés au sternum. Ces adhérences se détachent facilement: il n'y a aucune communication entre les bronches et le foyer de suppuration. L'emphysème observé durant la vie était spontané. — Le foyer s'étend de chaque côté à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, plus large à droite qu'à gauche. — La poignée est complètement séparée du corps du sternum; les surfaces articulaires sont dénudées, mais sur les faces antérieure et postérieure, le périoste reste adhérent au-dessus et au-dessous de l'articulation, le foyer n'a pas de diverticulum du côté du médiastin.

**RÉFLEXIONS.** — Durant la vie du malade, en découvrant la tumeur nous avons pensé d'abord qu'il s'agissait là d'une hémorrhagie dans les couches sous-cutanées, provoquée peut-être par l'application de ventouses sèches sur la poitrine. Mais les lésions articulaires, la rapidité de développement de ces lésions nous a porté ensuite à croire que nous avions affaire à un accident lié à la septicémie et ayant son siège primitif dans l'articulation.

Quoi qu'il en soit l'articulation sternale supérieure est rarement atteinte d'inflammation aiguë. Nous avons recherché dans les traités classiques, et dans quelques monographies sur les complications de la fièvre typhoïde sans rien trouver qui s'y rattache. Cette observation démontrerait que l'articulation sternale inférieure, décrite par Maisonneuve, en 1842,

peut être dans la septicémie, le siège d'accidents qui rappellent ceux qu'on observe si souvent dans les diarthroses.

M. MOUTARD-MARTIN présente un cas de thrombose artérielle survenue dans le cours d'un cancer de l'utérus. La thrombose siégeait dans l'artère radiale et dans l'humérale.

#### **6. Rétrécissement de l'œsophage. Gastrotomie; par M. LEDENTU.**

M. LEDENTU présente des pièces relatives à un cas de gastrotomie pratiquée à la suite d'un rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'ammoniaque. Après avoir employé sans succès divers traitements, M. Ledentu s'est décidé à pratiquer la gastrotomie. Au moment où l'opération a été pratiquée le malade était extrêmement affaibli. Sa température était au-dessous de la normale.

M. Verneuil attire l'attention sur l'état d'hypothermie que présentait le malade au moment où il a été opéré. Cet état est toujours des plus fâcheux : il crée des conditions d'imminence morbide qui augmentent de beaucoup la gravité des opérations. Aussi conviendrait-il désormais dans des cas analogues de pratiquer la gastrotomie avant que l'inanition ait amené l'abaissement de température.

M. KIRMISSON présente des pièces relatives à un cas d'anévrysme faux primitif du creux poplité, consécutif à une rupture traumatique de l'artère poplitée.

#### **7. Aphasie. — Hémiplegie droite limitée à la face et partiellement au membre supérieur. — Lésions corticales; par Mossé, interne des hôpitaux.**

Bougau, âgée de 74 ans, est entrée le 8 janvier 1878 (service de M. OULMONT). D'après les renseignements qui nous ont été fournis, cette femme n'a jamais eu d'attaque de paralysie, et parlait bien avant l'accident qui vient de la frapper : depuis quinze jours environ, elle avait un rhume et était un peu souffrante; ce matin, elle a été trouvée sans connaissance et paralysée dans sa chambre, puis transportée à l'Hôtel-Dieu, où nous constatons, au moment de l'entrée, l'état suivant :

Paralysie faciale du côté droit (fume la pipe) : pas de déviation de la tête ni du cou : pupilles égales, légèrement contractées. Pas de déviation des yeux : membre supérieur droit parésié. La malade peut remuer le bras, mais il y a une paralysie complète des extenseurs. La main est continuellement fléchie sur le poignet, les premières phalanges légèrement infléchies sur les métacarpiens, et les deux dernières étendues sont dans la flexion par rapport aux pre-

mières. La sensibilité est conservée, mais probablement amoindrie, et la perception retardée, car on ne voit le mouvement réflexe se produire que quelques secondes après que la peau a été pincée : les mouvements volontaires sont conservés, mais ils ont peu de force ; quand on demande à la malade de serrer la main qu'on lui présente, elle avance le bras mais peut à peine la saisir.

Au membre inférieur du même côté, il n'existe ni paralysie du mouvement, ni paralysie de la sensibilité : il en est de même pour tout le côté gauche du corps. L'intelligence actuellement paraît être intacte : la malade comprend bien les questions qu'on lui pose, et y obéit en partie : ses yeux et son maintien indiquent l'attention, mais il est impossible d'obtenir la moindre réponse, l'aphasie est absolue.

Battements du cœur tumultueux, sans souffle : point d'œdème des membres inférieurs. Stertor, ou plus exactement respiration bruyante ; à l'auscultation, râles nombreux dans toute l'étendue de la poitrine. Calomel. 0,50 cent. en dix paquets.

9, matin. — L'état reste le même : cette nuit la malade s'est levée seule.

10, matin. — L'aphasie est toujours aussi complète : l'état général devient plus grave, il y a eu un léger délire d'action, cependant on parvient à fixer l'attention de la malade sans trop de peine. Elle peut encore se mettre, sans aide, sur son séant. Du côté du membre paralysé, il faut noter un signe qui n'avait pas été indiqué au moment de l'entrée : le pouce est ramené à demi-fléchi vers la paume de la main, un peu au-dessous des autres doigts qui gardent la position qui a été décrite. La volonté seule de la malade ne suffit pas à l'en éloigner : en effet, si on présente un objet quelconque à la malade, elle avance l'avant-bras, mais ne peut s'en emparer ; si l'on insiste elle le prend avec la main du côté sain pour le placer dans celle qui est paralysée : pas de contracture.

#### **S. Election. Renouvellement du bureau, pour l'année 1878.**

Sont nommés : *vice-présidents*, MM. MALASSEZ et BERGER ; *secrétaire*, M. BARIÉ ; *membres du comité*, MM. BUDIN, DURET, MOUTARD-MARTIN, CUFFER, FÉRÉ, HUTINEL.

*Séance du 18 janvier 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**9. Epithélioma pavimenteux lobulé du pied. — Amputation ;**  
par L. CRUET, interne des hôpitaux.

Le nommé Lamy, Elie, âgé de 37 ans, jardinier, entre le 18 décembre 1874 dans le service de M. Alphonse GUÉRIN, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme est atteint, depuis longtemps déjà, d'une affection ulcéreuse du pied droit, qu'il n'est pas très-difficile de reconnaître à première vue pour un épithélioma. Voici ce que le malade raconte sur les débuts et la marche de son affection : il y a trois ans environ, il vit se développer, à la plante de son pied droit, en avant du talon, une sorte de durillon, assez semblable à celui qui se produit au début du mal perforant. Il enleva lui-même ce durillon, devenu une gêne pour la marche, et le derme se trouva mis à nu ; un bourgeon charnu se développa, devint saillant, assez douloureux pour que le malade en pratiquât l'excision à l'aide d'un rasoir, pensant ainsi supprimer le mal ; mais à partir de ce moment, celui-ci ne fit que s'étendre davantage sans que notre homme songeât d'ailleurs à réclamer les soins d'un médecin. Pendant plus de deux ans, il se contenta d'appliquer chaque jour de l'onguent canet, conseillé par un voisin, sur la partie de son pied atteinte par l'ulcération ; d'après lui, cependant, ce ne serait que dans les deux ou trois mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital que le mal aurait fait des progrès aussi rapides et totalement empêché la marche. Quoi qu'il en soit, on peut aujourd'hui constater l'état suivant : Disons tout de suite que, sur les deux pieds, on remarque une déformation considérable, caractérisée à gauche par des cicatrices nombreuses sur les faces dorsale et plantaire du pied, amenant l'attitude vicieuse des orteils ; et à droite par la disparition complète des phalanges ; tout cela produit par une brûlure à l'âge de 8 mois. La tumeur que nous avons à décrire s'est donc développée, selon toute apparence, sur un tissu de cicatrice à la plante du pied droit. Rien dans les antécédents héréditaires du malade. La tumeur occupe toute la plante du pied qu'elle creuse, y compris le talon, et déborde de tous côtés sur la face dorsale du pied et en arrière en for-



mant des bourrelets saillants. La surface de la tumeur est parsemée de nombreux bourgeons, et offre l'aspect granulé; les bourgeons rouges par place, grisâtres ou noirs en d'autres endroits, saignant avec facilité et friables, donnent lieu à une suppuration fétide. La douleur est modérée et n'a jamais été très-vive, ce sont de petits élancements qui surviennent de temps en temps et irrégulièrement. L'examen du système lymphatique du membre présente une grande importance : à la partie supérieure et externe du creux poplité, assez profondément, on sent un ganglion dur, gros comme une petite noix, mobile et bien nettement limité; au pli de l'aîne, à la partie inférieure du triangle de Scarpa, trois ou quatre ganglions. Gros comme des noisettes, mais moins durs et plus aplatis; l'état général du malade est assez satisfaisant; tous les organes thoraciques et abdominaux sont en bon état; cependant l'embonpoint a diminué avec l'appétit, la figure du malade prend une mauvaise teinte; et il semble évident qu'au point où en est la tumeur, la cachexie ne tarderait pas à apparaître. Tel est l'état du malade constaté au moment de son entrée, état qui persiste en s'aggravant.

Dans les premiers jours de janvier, M. Marchand, qui supplée M. Guérin, se décide pour l'amputation du membre et la pratique le 15 à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe, en employant la méthode circulaire. En même temps, le ganglion poplité, que nous avons signalé est extirpé en totalité; tout le membre est ensuite placé sous le pansement ouaté. Mais laissons là le malade.

Une coupe médiane antéro-postérieure, faite sur le pied amputé, montre la profondeur de la tumeur, l'état des parties molles et des os. Toutes les parties molles du pied, à l'exception d'une légère couche de tissu fibro-graisseux sous-jacente aux os de la voûte plantaire, sont envahies par le tissu pathologique. La surface de section de ce tissu est grisâtre, sa consistance variable suivant les points. Tous les os du tarse sont ramollis et grasseyés, au point de se laisser couper sans difficulté par un mauvais couteau d'amphithéâtre; les os de la jambe même sont ramollis et jaunâtres dans le tiers inférieur. Le ganglion enlevé du creux poplité est dur, dense à la coupe, mais on ne saurait affirmer s'il est atteint d'engorgement simple ou envahi par les éléments cancéreux.

L'examen histologique, fait par mon collègue DÉJERINE, au laboratoire de M. Vulpian, confirme pleinement le diagnostic clinique: il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé, qui pourrait servir de type à la description de cette variété de tumeur. Celle-ci est remarquable en outre par le volume des globes épidermiques qu'on pouvait voir à l'œil nu, et qui,

examinés au microscope, laissaient admirablement voir les cellules épidermiques, avec leur disposition concentrique et leur apparence feuilletée.

**10. Fractures du sternum et de la colonne vertébrale chez un sujet affecté d'une insuffisance mitrale; par M. DESNOS, interne des hôpitaux.**

Le nommé Bonnet (Antoine), âgé de 67 ans, carrier, est amené, le 9 janvier 1878, à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre. Il vient d'être pris sous un éboulement d'une masse considérable de terre et a aussitôt perdu connaissance. D'après les renseignements pris, il paraît avoir été enseveli tout d'un coup, la masse de terre étant tombée perpendiculairement sur lui, atteignant d'abord la tête et les épaules, de telle sorte qu'il s'est affaissé sur lui-même. Dégagé immédiatement, voici l'état dans lequel il se présente une heure après l'accident.

La connaissance est revenue, mais la stupeur est encore considérable. La respiration est haletante, stertoreuse, le malade est courbé en avant. En outre, il présente une fracture comminutive du tiers inférieur de la jambe droite avec issue du péroné, large ecchymose et emphysème remontant jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

A la région sternale on constate au-dessus du troisième cartilage costal, une dépression considérable, limitée en bas par une saillie irrégulière sur laquelle la peau est tendue. La main perçoit une crépitation abondante à chaque mouvement respiratoire. Les côtes attenantes à chacun des deux fragments du sternum présentent des fractures à divers niveaux.

La région vertébrale est incurvée en avant d'une façon à peu près régulière, cependant au niveau de la cinquième dorsale, une légère saillie est appréciable. La motilité et la sensibilité des membres inférieurs sont intactes; il n'y a pas de troubles de l'urination ni de la défécation. Le malade n'en présente jamais jusqu'à sa mort.

La dyspnée est intense, il y a 40 inspirations par minute; la respiration stertoreuse, bruyante, accompagnée d'un râle trachéal très-sonore rend difficile l'auscultation: mais il ne paraît pas y avoir de symptômes stéthoscopiques. — Le pouls, très-régulier à ce moment, bat 80 fois par minute. — La température rectale est de 36° 4 à 9 heures du matin, de 37° 6 à midi, et de 38° 5 à 6 heures du soir.

10 janvier. La dyspnée augmente, la température reste à 38°, le pouls devient très-irrégulier, présente des intermittences de rythme et de force, bat 120. — Le râle trachéal empêche d'entendre les bruits du cœur.

11 *janvier*. Même état, dyspnée très-intense, même irrégularité du pouls. — Face légèrement cyanosée.

12 *janvier*. Le pouls est de plus en plus faible, extrêmement irrégulier. Cyanose complète de la face et du cou. Mort à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — Le sternum est fracturé entièrement à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs. Le trait de la fracture oblique de haut en bas, d'avant en arrière et un peu de gauche à droite, passe au dessous de l'union de la première avec la seconde pièce du sternum qu' sont parfaitement soudées. Sauf les deux premières côtes et les côtes flottantes, toutes sont brisées à des niveaux différents, principalement à la partie moyenne. Il n'y a pas de pneumo-thorax; 300 grammes environ de liquide sanguinolent dans la plèvre droite. Une légère ecchymose existe à la face antérieure du péricarde, se continuant avec une ecchymose plus considérable à la face postérieure. A l'intérieur, 200 grammes environ de liquide sanguinolent. Nous n'avons pu constater aucune lésion traumatique directe des organes intra-thoraciques, ni du péricarde, ni de la plèvre, de la trachée ou des bronches.

Le corps de la cinquième *vertèbre dorsale* est brisé en un grand nombre de fragments; ceux-ci sont maintenus en place par les ligaments antérieur et postérieur. Le canal médullaire présente son calibre normal, cependant un des fragments repousse légèrement le ligament postérieur, et à ce niveau il y a une légère ecchymose de la pie-mère rachidienne. Quand les ligaments vertébraux sont incisés, le corps de la vertèbre se disjoint et la partie centrale apparaît réduite en bouillie. Il n'y a pas de fracture des lames ni des apophyses.

Le cœur présente un volume triple du volume normal; les parois du ventricule gauche sont extrêmement hypertrophiées. Le cœur droit, un peu augmenté de volume, présente des valvules suffisantes. La valvule mitrale a disparu, remplacée par un bourrelet calcaire à peu près complètement immobile. Les valvules sigmoïdes présentent des plaques d'athérome qu'on retrouve aussi sur l'aorte: elles sont insuffisantes. — Le foie est congestionné, les reins normaux.

M. BOUDER présente un kyste hydatique du foie.

M. JALAGUIER présente une tumeur de la région ischiatique enlevée par M. Verneuil.

**11. Cyanose congénitale. — Perforation de la cloison inter-ventriculaire avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire ; par Cossy, interne.**

Datel, Constant, âgé de 20 ans, sculpteur en bois, entre à l'hôpital le 24 août 1872. Aucun antécédent de famille. Le malade se rappelle avoir eu des battements de cœur depuis sa plus tendre enfance, battements de cœur qui ne le gênaient pas, dit-il. De tout temps aussi il a eu une coloration violacée de la face et des extrémités ; laquelle, presque nulle le matin, devenait plus marquée le soir ou lorsqu'il se livrait à un travail quelconque. Enfin, il a toujours eu, lorsqu'il se fatiguait, de l'oppression, peu marquée il est vrai, qui était accompagnée par des battements de cœur.

Jamais de rhumatisme, ni d'attaques de nerfs. A 2 ans il a eu une dothiéntérie. En somme, jusqu'à cette année il a toujours pu travailler, vivant comme tout le monde, et disant s'être toujours bien porté, à part ces battements de cœur et cette oppression, qui ne paraissent le gêner que médiocrement. Le 1<sup>er</sup> janvier 1877, en allant chercher du lait, il s'est foulé le pied gauche et au bout de quelques heures est apparue une enflure de ce pied qui, peu à peu, a gagné la jambe. Le même jour, l'autre pied s'est enflé et au bout de quelque temps les deux membres inférieurs présentaient un œdème très-considérable. Quinze jours après, la main gauche est également prise d'œdème, et un mois après, le bras droit. (Il affirme que ni la main, ni l'avant-bras droit n'ont été œdématisés.) En même temps que l'œdème il a été pris de toux et paraît avoir eu trois accès de bronchite depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier les battements de cœur ne sont pas devenus plus forts ; l'aspect de la face ne s'est pas modifié ; l'œdème a persisté stationnaire aux membres inférieurs et au bras droit.

*État actuel*, 25 avril 1877. — La face est légèrement bouffie et d'une façon uniforme. Les joues et les lèvres violacées. Les parties latérales du cou sont animées de battements au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien. Les battements s'observent aussi au niveau du creux sus-sternal, et d'autres très-forts au creux épigastrique. La poitrine est bombée d'une façon tout à fait anormale, le sternum paraissant plié en deux et formant un angle assez prononcé à convexité antérieure.

La partie inférieure du sternum paraît atrophiée ou manquer. L'épine dorsale est bien conformée — on n'observe pas d'autre anomalie du côté du système osseux. — Le malade ne paraît pas avoir eu de rachitisme, il porte au-dessous de l'œil

gauche une verrue de couleur violacée. On remarque sur la partie supérieure de la paroi thoracique antérieure des arborisations veineuses en assez grand nombre, s'étendant jusqu'aux épaules et au-delà ; paraissant également développées des deux côtés.

On observe un œdème assez prononcé des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Le membre supérieur droit n'est nullement œdématié. Les extrémités des doigts sont recourbées et les ongles très-remarquablement hippocratiques. Il n'y a pas d'œdème des parties génitales ni des parois abdominales — pas d'ascite.

Le foie est très-volumineux et descend environ à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. — Rien du côté de la rate. La respiration se fait bien entendre des deux côtés de la poitrine ; elle est soufflante aux deux sommets en arrière, mais sans aucune espèce de râle. En somme les poumons et les plèvres paraissent parfaitement sains, malgré le caractère soufflant de la respiration aux deux sommets. Le malade ne tousse pas quand il est debout, mais beaucoup au contraire quand il est couché. Pas d'épanchement thoracique. Cette toux si fréquente la nuit n'existe que depuis 5 jours. Il n'a jamais eu de crachements de sang. Le malade a bon appétit, ne vomit pas, fonctions digestives normales. Albuminurie abondante, pas de douleurs de reins, ni de troubles visuels. Il voit bien, entend bien, fonctions intellectuelles intactes. Les deux poulx sont petits, très-faibles, réguliers synchrones.

*Cœur.* — *Inspection* : Le creux épigastrique est animé par des battements très-forts. *Palpation* : permet de sentir à ce niveau les battements du cœur dont le maximum de netteté est au niveau de l'appendice xyphoïde. La main, appliquée au dessous et en dedans du mamelon, perçoit ces chocs, mais beaucoup moins nets, et de plus, comme un frémissement doux. La *matité* du cœur ne dépasse en bas le mamelon que d'un ou deux travers de doigt. Elle paraît un peu plus étendue transversalement du côté droit ; au-dessus du mamelon elle est normale. La percussion d'ailleurs est rendue très-difficile par la conformation de la poitrine. A l'*auscultation*, on entend à la pointe, au niveau du mamelon et au niveau du creux épigastrique un double bruit de souffle très-fort, masquant complètement les bruits du cœur. Un souffle analogue, de même force et de même timbre, mais simple, existe à la base, au niveau du maximum des bruits de l'artère pulmonaire ; il se prolonge pendant toute la révolution cardiaque et masque complètement les bruits valvulaires. Lorsqu'on approche de l'orifice aortique, le souffle diminue de plus en plus et l'on recommence à entendre les bruits normaux du cœur, lors-

qu'on porte son oreille au niveau et à droite de ce point maximum des bruits aortiques.

*Vaisseaux du cou.* — A l'auscultation, on n'entend pas de souffle, mais la propagation des battements du cœur.

M. Chauffard diagnostique : *Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire*. Le malade est mis au régime lacté intégral et prend 2 grammes de calomel.

1<sup>er</sup> mai. Le foie a diminué de volume.

6 juillet. L'état général est le même. La cyanose paraît plus prononcée qu'au moment de l'entrée. — L'œdème a complètement disparu des membres supérieurs et a bien diminué aux inférieurs. Le malade prend toujours le régime lacté sans dégoût.

7 juillet. Calomel et jalap, 1 gramme de chaque.

16 juillet. Le foie est très-diminué de volume. — L'œdème a complètement disparu. — La teinte bleuâtre persiste et les signes physiques ne sont pas modifiés. Le malade se sent bien et part pour Vincennes.

25 juillet. Le malade revient de Vincennes très-fatigué. L'œdème est très-considérable aux deux membres inférieurs et au membre supérieur gauche, surtout à l'avant-bras et à la main. Le malade tousse beaucoup, surtout la nuit et présente les mêmes signes physiques. Il est remis au régime lacté et prend de nouveau : Jalap et Calomel, 1 gramme.

1<sup>er</sup> août. L'œdème des membres supérieur et inférieurs est fort diminué. — Il disparaît complètement. — Mais le malade est très-étouffé ; parfois il a presque de l'orthopnée. — La cyanose est fort prononcée. — Le malade, très-fatigué, se lève fort peu. Mêmes souffles cardiaques. — Les jours suivants le malade va progressivement s'affaiblissant. — Les œdèmes reparaissent. — Il ne quitte bientôt plus son lit. Il meurt le 24 août à 5 heures du soir.

AUTOPSIE. Pratiquée le 26 août à 10 heures du matin, 40 heures après la mort. CAVITÉ THORACIQUE : Le CŒUR est couché horizontalement sur le diaphragme. — La pointe répond au 6<sup>e</sup> espace intercostal. Le cœur est hypertrophié dans toute son étendue. — Les oreillettes sont énormes, les parois des ventricules paraissent fort épaissies. Les oreillettes ont leur cloison normale sans persistance du trou de Botal. — Mais à la partie supérieure de la cloison de séparation des ventricules existe un large orifice faisait communiquer les deux cœurs. — Il s'ouvre dans le ventricule droit, au niveau de l'infundibulum, de sorte que le sang peut passer presque directement du ventricule gauche dans l'artère pulmonaire. L'artère pulmonaire est très-remarquablement rétrécie et les valvules épaissies, rigides, rugueuses, laissent entre elles un intervalle à travers

lequel on pourrait à peine faire passer un tuyau de plume. Le tronc de l'artère pulmonaire est aussi considérablement rétréci à son origine, mais plus haut, il reprend son calibre normal. L'aorte est normale. — Le canal artériel, réduit à un cordon fibreux imperforé long de 2 centimètres va de l'artère pulmonaire au niveau de sa bifurcation jusqu'à la sous-clavière gauche. Le *péricarde* est sain. Les *poumons* sont légèrement congestionnés et ne renferment pas de tubercules. Le *foie* est de volume normal. Il est brun-muscade et fort résistant à la coupe. La *rate* est dure, noire, volumineuse. Le *cerveau* est sain.

**12. Mal de Pott dorsal. — Abscès ossifluent péricranchéal. — Mort par compression des nerfs respiratoires; par M. Cossy, interne des hôpitaux.**

Le 16 janvier 1878, se présente à la consultation, un jeune homme de 15 ans et demi, d'apparence rachitique, à l'air souf-freteux, un peu voûté, respirant péniblement, toussant, crachant et présentant à un examen superficiel les signes de la bronchite capillaire. Admis à l'hôpital et interrogé le soir même, il donne les renseignements suivants : Il y a trois mois, il a été traité à la Pitié pour une bronchite; il dit avoir craché un peu de sang à diverses reprises; depuis ce temps, il n'a pas cessé d'être souffrant; il tousse, il crache beaucoup et est sujet à des accès de dyspnée tellement violents qu'il est obligé de se mettre sur son séant et même de descendre de son lit. Il n'a pas sensiblement maigri, ne présente ni frissons vespéraux, ni sueurs nocturnes, il a grand appétit, pas de diarrhée, pas de constipation. Pas de fièvre; le pouls ne présente ni fréquence, ni caractères particuliers. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. A la percussion de la poitrine, on ne trouve rien de particulier. A l'auscultation, on entend dans les deux poumons et dans toute leur étendue de nombreux et bruyants râles sonores, sans râles humides, le tout couvert par un bruit trachéal très-intense, véritable cornage, rappelant tout à fait la respiration qu'on observe dans le croup; la toux est sourde et un peu rauque. L'inspection attentive de la gorge, rendue difficile par la dyspnée et à laquelle le malade s'oppose à cause de la douleur, montre l'absence d'angine diphthéritique. Il n'y a pas de dysphagie. En présence de ces symptômes, on ne sait trop quel diagnostic porter; l'idée la plus probable serait celle d'une hypertrophie des ganglions bronchiques, peut être de nature tuberculeuse. A minuit, l'interne de garde est appelé près du malade; il le trouve en proie à une dyspnée des plus intenses, avec menace

de suffocation, expectorant avec difficulté des crachats peu abondants et sans caractères; le bruit trachéal est très fort, la toux rauque. Une sueur abondante couvre le visage du malade, la face n'est pas cyanosée. L'auscultation révèle les mêmes symptômes que dans la journée. La pupille droite est notablement dilatée. Au bout de quelques instants, ces symptômes s'amendent; le malade se recouche et dit que cet accès n'est point plus violent que ceux des nuits précédentes; il ajoute même qu'à la suite de ces accès, il est tranquille jusqu'au matin. Une demi heure plus tard, l'interne de garde est rappelé; cette fois, il trouve le malade sur sa chaise, la tête renversée en arrière, ne pouvant plus parler, paraissant ne plus comprendre les questions qu'on lui pose, couvert de sueur; le cornage est très-violent, pas de toux, pas de cyanose de la face. Suffocation imminente. Les symptômes de compression étant évidents, la trachéotomie semble indiquée. Pendant qu'on se dispose à l'opération, l'état du malade s'aggrave rapidement, et il expire sans convulsions, évidemment asphyxié.

**AUTOPSIE.** A l'autopsie, pratiquée le 19 janvier, on constate les faits suivants: A l'ouverture de l'abdomen, on ne remarque rien de particulier dans le péritoine; seuls les ganglions mésentériques sont très-volumineux; la coupe n'y révèle aucune altération tuberculeuse. L'intestin grêle est fortement injecté au voisinage de la valvule iléo-cœcale, et sur une longueur d'environ 15 centimètres on trouve d'innombrables granulations tuberculeuses du volume d'un grain de millet, sans aucune trace d'ulcération; dans le cœcum, on retrouve les mêmes granulations, mais moins nombreuses; il n'y a pas non plus d'ulcérations. Le foie est grassex par places, normal dans son volume et ne présente pas de tubercules. La rate est un peu diffluente, congestionnée; on y trouve 1 ou 2 tubercules du volume d'un pois et de rares granulations. Dans le pancréas, rien d'anormal. Les reins sont un peu congestionnés, mais sans aucune espèce d'altération. Dans la vessie, la prostate et le testicule, on ne rencontre point de tubercules; les organes génitaux enlevés présentent une remarquable atrophie.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on remarque que les sinus de la dure-mère sont engorgés de sang, les méninges fortement injectées; et le liquide céphalo-rachidien très-abondant. Le cerveau est un peu ramolli dans son ensemble, mais sans lésion localisée. Nulle part on ne trouve de tubercules.

A l'ouverture de la poitrine, au moment où l'on désarticule la clavicule droite, on voit s'échapper en retirant le couteau, un filet de pus abondant, jaunâtre, mal lié, un peu séreux. Les organes thoraciques sont enlevés avec le plus



grand soin et l'on constate qu'aucun d'entre eux n'est le siège d'un foyer purulent ; mais en arrière de la trachée et de l'œsophage au niveau des 3 premières vertèbres dorsales, on trouve une vaste poche suspendue au-devant de la colonne vertébrale, véritable abcès sessile dont la nature est facile à établir, car, après avoir ouvert la poche, dont la paroi épaisse paraît formée aux dépens d'un exsudat organisé, on trouve les 3 premières vertèbres dorsales érodées ; les corps vertébraux sont détruits à la profondeur d'environ 1 centimètre, et le grand ligament vertébral n'existe plus ; nous sommes donc en présence d'un mal de Pott, avec abcès ossifluent. Les tubercules trouvés dans la rate et l'intestin dénotent l'état diathésique du malade : dans le poumon gauche on trouve encore quelques tubercules au sommet, mais non ramollis ; les ganglions bronchiques sont volumineux, mais non tuberculeux ; le cœur et le péricarde ne présentent rien d'anormal. La trachée n'est pas déformée ; à l'intérieur on n'y trouve absolument rien de particulier, sinon au niveau de la première vertèbre dorsale une légère érosion. Rien d'anormal dans le pharynx et l'œsophage. Les nerfs voisins de la collection purulente ne paraissent nullement altérés. La moelle épinière paraît saine au niveau de la lésion des vertèbres.

**RÉFLEXIONS.** En présence de ces faits, quelle explication de la mort peut-on donner ? Y a-t-il eu compression de la trachée par cause mécanique, par l'abcès lui-même ? Non, car d'une part, la trachée ne paraît nullement déformée, et, que d'autre part, l'œsophage étant interposé entre le foyer et la trachée, il y aurait eu dans le cas de compression, des symptômes de dysphagie, dont l'absence a été rigoureusement observée. Nous sommes donc obligés d'attribuer la mort à une compression des nerfs voisins de la lésion.

**13. Athérome et oblitération partielle de l'aorte. — Bruit de galop. — Mort par asystolie; par M. LATIL.**

Pitels (Elisabeth), âgée de 58 ans, marchande de légumes, entre à l'Hôpital temporaire (service de M. Rendu), le 29 octobre 1877.

Réglée à 17 ans, elle a eu 14 enfants. Jamais de rhumatismes ni aucune autre maladie, a cessé d'être réglée il y a cinq ans. Pas d'antécédents alcooliques. — Il y a neuf mois, elle vit survenir un léger œdème des membres inférieurs, se mit à tresser un peu et à avoir des battements de cœur en marchant. Pas de troubles de la vue, ni de troubles digestifs. — Il y a trois mois, elle fit un séjour de six semaines à l'Hôpital temporaire, elle en est sortie améliorée. — Depuis lors elle a re-

pris son travail et l'œdème a bientôt reparu, ainsi que la toux. Jamais d'hémoptysies. — La malade prétend qu'elle urine moins depuis deux mois. — A son entrée, la malade présente le tableau d'une asystolie en voie de se produire, l'œdème des membres inférieurs est très-accusé, état luisant de la peau des jambes. — Pas d'ascite; ni diarrhée, ni vomissements. — Appétit médiocre. — L'auscultation du poumon fait percevoir: du côté gauche seulement à la base quelques râles muqueux d'œdème; à droite il y a, de plus, un peu d'obscurité du son, et du murmure vésiculaire. — Les veines jugulaires externes présentent le pouls veineux; il y a reflux de bas en haut, mais il est lent à se produire. — Pas de battements hépatiques. — Diurèse très-faible (500 gr.). La circulation, quoique médiocre, est encore suffisante, le facies n'est pas asphyxique, la dyspnée est supportable. — Le pouls est assez soutenu, mais irrégulier. — Le cœur est très-volumineux, les limites de la matité cardiaque sont notablement plus étendues que normalement, impulsion en masse et sur une large surface. — Matité cardiaque, 8 à 10 centimètres carrés. — A l'auscultation les bruits paraissent sourds, bien qu'il n'y ait pas de lame pulmonaire au devant du cœur (matité), on ne perçoit aucun souffle ni à la base ni à la pointe. — L'urine n'est pas albumineuse.

TRAITEMENT. — Tisane de queues de cerises. — Julep avec 20 gouttes de teinture de digitale. — Vin de quinquina.

5 novembre. — La malade n'est guère en meilleur état qu'à son entrée, elle est assez oppressée, sommeil agité et rare, l'œdème a gagné la paroi abdominale. — Il y a toujours reflux par les veines jugulaires. — Pas de bruit de souffle au cœur. — L'urine, examinée, ne renferme pas d'albumine et à peine quelques traces d'acide urique.

10 novembre. — La malade a été prise de délire cette nuit, elle est allée se promener en chemise, on a été obligé de recourir à la camisole de force. — Ce matin, à l'examen du thorax : côté droit, submatité au quart inférieur, vibrations conservées, silence respiratoire absolu. — Côté gauche : pas de matité, quelques râles et bruits de frottement à la base; vésicatoire à la base, côté droit; eau-de-vie allemande, 10 gr.

13 novembre. — On constate un léger nuage d'albumine dans les urines, on perçoit aussi un bruit de galop à la pointe. — Même état général.

16 novembre. — Le bruit de galop est très-nettement accusé; on ne retrouve plus d'albumine dans les urines.

18 novembre. — La diurèse se rétablit (2 lit.), l'œdème ne diminue pas, battements de cœur pénibles, légers accès d'oppression.

21 novembre. — 1,800 gr. d'urine dans les 24 heures, léger nuage d'albumine, le bruit de galop persiste avec le même caractère d'évidence, l'œdème n'a pas augmenté, fonctions digestives assez bonnes, pas de troubles de la vue. — En présence du bruit de galop nettement accusé, M. Rendu croit à la possibilité d'une néphrite interstitielle.

25 novembre. — 1,000 gr. d'urine seulement; point de côté; à la base gauche submatité, râles fins quasi crépitants. — Cataplasme sinapisé, côté gauche; vin de quinquina, lait.

27 novembre. — 1,000 gr. d'urine, l'albumine est notablement plus accusée, et la chaleur et l'acide nitrique forment un nuage plus évident, l'œdème des membres inférieurs ne diminue pas, pas d'ascite.

4 décembre. — La diurèse s'élève, la proportion d'albumine n'augmente pas, céphalalgie, somnolence, toux peu fréquente, un peu d'oppression.

18 décembre. — L'oppression a augmenté, la malade reste constamment assise sur son lit, submatité en arrière dans le quart inférieur des deux côtés, murmure vasculaire affaibli, peu de râles muqueux, le choc du cœur se fait sur une large surface, exagéré dans sa force, le bruit de galop persiste. — Aucun bruit de souffle ni à la pointe ni à la base.

27 décembre. — La diurèse faiblit, 700 gr. à peine, légère opalescence par la chaleur et l'acide nitrique. — Malaise plus accusé, dyspnée assez notable, insomnie. — A la base droite en arrière, submatité, obscurité de la respiration, au-dessus râles muqueux fins. — Pouls (soir), 120. Vésicatoire. Jalap et scammonée, 0 gr. 25.

4 janvier. — Amélioration, oppression moindre, bruit de galop toujours net, l'œdème des membres inférieurs semble diminuer, urines plus abondantes, 1,200 gr.

9 janvier. — La malade est beaucoup plus oppressée depuis hier, battements du cœur exagérés, tumultueux, peu de toux. — Matité au quart inférieur en arrière et à droite, respiration très-pénible dans la même zone, l'œdème a un peu augmenté, céphalalgie, somnolence.

10 janvier. — L'oppression s'est assez brusquement accrue hier, la malade, assise sur son lit est en proie à une dyspnée intense. — Pouls fréquent, vue faible, extrémités refroidies, diurèse très-faible, battements du cœur irréguliers et peu nets, pouls veineux aux jugulaires très accusé, la face n'est pas asphyxique, elle est plutôt pâle; la malade succombe le 11 au matin dans un état d'oppression qui est allé en s'aggravant.

AUTOPSIE (le 13 janvier). A l'ouverture du thorax on constate un épanchement pleural double, peu abondant. *Poumons*. — Sains en toute leur étendue, sauf un peu de congestion aux

deux bases. *Cœur.* — Quelques cuillerées de liquide dans le péricarde. Cœur très-manifestement hypertrophié, surtout le ventricule gauche. — longueur prise de la base de l'aorte : 16 cent. largeur : 14 cent. — épaisseur des parois du ventricule gauche : 2 cent.  $\frac{1}{3}$ . — Valvule mitrale suffisante, ne présente aucune trace d'altérations. — Oreillette droite très-dilatée, pleine de caillots cruoriques, orifice auriculo-ventriculaire droit dilaté, admet facilement quatre doigts. — Orifice aortique suffisant.

*L'aorte* se présente sous l'aspect d'un tube rigide à parois solides, plaques calcaires étendues depuis son origine jusqu'à la naissance des artères rénales; ces plaques calcaires sont très-épaisses, imbriquées les unes sur les autres et séparées par des fentes, quelques-unes font saillie dans la lumière du vaisseau et sont soulevées au niveau du point où l'aorte traverse l'anneau du diaphragme. On observe des concrétions calcaires superposées qui obstruent presque complètement la lumière du vaisseau et ne laissent qu'un petit pertuis qui admet à peine une plume d'oie. — Ces plaques calcaires s'étendent aux artères coronaires, au tronc brachio-céphalique, à la carotide et à la sous-clavière dans une étendue de 4 à 5 cent. Chose à remarquer : les valvules sigmoïdes de l'aorte sont simples, suffisantes et dépourvues de tout dépôt athéromateux. Les artères radiales ne présentent nulle trace de dépôts calcaires et sont absolument saines, il en est de même des artères de l'encéphale.

*Reins.* — Légèrement augmentés de volume, surface rénale d'un rouge brun, se déchirent facilement à la coupe. Congestion générale des diverses substances, substance médullaire d'un rouge foncé, substance corticale couleur lie de vin; on aperçoit les glomérules comme de petites taches rouges.

*Foie.* — Au bord antérieur du lobe droit, kyste hydatique du volume d'une petite orange; les parois sont épaisses, indurées par places; dans l'intérieur on trouve une assez grande quantité de vésicules dont le volume varie d'un pois à une noix, plusieurs d'entre elles contiennent un liquide de consistance gélatineuse.

M. DE BOYER présente le cerveau d'une femme qui avait été conduite à l'hôpital sans paralysie localisée. A l'autopsie on trouve une volumineuse tumeur qui avait détruit tout le lobe sphénoïdal.

M. STACKLER présente un cas d'anthraxose pulmonaire.

M. WEISS présente un exemple de foyers hémorrhagiques bulbo-protubérantiels consécutifs à une contusion du cerveau.

M. BOURSIER présente une tumeur du testicule.

**14. Fracture du crâne avec enfoncement. — Monoplégie brachiale. — Abscès du cerveau. — Méningite. — Mort;** par BIDZ, interne des hôpitaux.

Guillaume Prosper, âgé de 48 ans, entré le 18 octobre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 24, meurt le 4 janvier 1878.

Ce malade fut observé par M. Redard, interne de M. Tillaux, jusqu'au 31 décembre 1877. Voici les renseignements qu'il fournit : Le 16 octobre au soir, Guillaume, pris de vin, se querella avec un de ses camarades qui le renversa en le frappant à la tête avec un instrument, un chandelier peut-être. Il perdit connaissance et eut une hémorrhagie assez sérieuse. Le lendemain matin, il est relevé et porté dans sa chambre. Les renseignements manquent sur l'état qu'il présentait à ce moment. Deux jours après, il entre à l'hôpital Lariboisière où nous le trouvons dans l'état suivant :

Plusieurs plaies existent sur le cuir chevelu ; la principale siège à gauche, à 3 centimètres  $\frac{1}{2}$  en arrière de la ligne biauriculaire, à 10 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille, à 4 centimètres de la ligne médiane. La plaie est légèrement oblique de dedans en dehors, Elle mesure 4 centimètres.

Avec un stylet, on arrive directement sur l'os qui paraît enfoncé et fracturé. Le malade a de l'hébétéude et répond très-mal aux questions qu'on lui pose. Il a du délire.

Il n'y a pas d'écoulement de sang par l'oreille, pas d'écchymose conjonctivale. Il existe un peu de paralysie faciale du côté gauche.

Le malade *ne peut remuer le membre supérieur droit* ; il ne peut presser la main ; la paralysie semble surtout marquée du côté des extenseurs. Le membre inférieur droit ne présente aucune parésie.

Pas de trouble de la sensibilité. *Matin.* T.A. 39°.—*Soir.* T.A. 39°,2. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. La nuit se passe dans une agitation extrême et l'on est contraint d'attacher le malade.

Le 22. *soir. Crise épileptiforme* à trois reprises différentes. T. 39°,2. La paralysie continue. Délire intense. Le 24, amélioration. Le délire se calme. La paralysie faciale et la paralysie du membre supérieur persistent.

5 novembre. Erysipèle de la face qui se termine sans accident.

23 novembre. Le malade éprouve tout à coup une paralysie complète du membre supérieur. Il ne peut imprimer aucun

mouvement à son membre. Au bout de deux heures environ, tout avait disparu.

Le 1<sup>er</sup> décembre, l'état du malade est bien meilleur. La plaie du cuir chevelu est presque guérie ; il n'existe plus trace de paralysie. Le malade demande même à sortir, ce qui lui est énergiquement refusé. Comme symptômes inquiétants, il existait de la céphalalgie et des douleurs nocturnes très-vives.

Le 29 décembre, M. Gillette, qui suppléait M. Tillaux, enlève des esquilles et laisse (suivant sa propre expression) tomber son stylet dans la plaie. Le stylet s'enfonce de 10 centimètres à peu près. Le lendemain, le malade ressentait, au dire des infirmiers et des religieuses, des attaques de paralysie analogues à celles qu'il avait eues au début de son accident.

Nous le voyons le 1<sup>er</sup> janvier, jour où M. L. Labbé prend le service. Le malade présente alors un peu d'hébétude, se plaint de faiblesse dans le bras droit et la jambe du même côté. Mais cette faiblesse est plus accusée dans le membre supérieur que dans l'inférieur. Quand on lui parle, il répond bien mais cherche la fin de ses phrases et certains noms d'objets comme un aphasique. Il ne mange plus.

Délire dans la nuit du 2 au 3 janvier. Il peut à peine parler le lendemain matin et présente une hébétude des plus marquées. Pas d'attaques éclamptiques dans les membres supérieurs droits.

Le 4 janvier, cet état continue, et vers 3 h. 1/2 du soir, nouvelle attaque éclamptique dans le bras droit à laquelle succède une paralysie presque complète. Le malade tombe dans le coma et meurt à 5 heures du soir environ.

**AUTOPSIE.** — *Convexité de la voûte du crâne.* — A 8 centimètres de l'angle formé par la scissure sagittale et la suture fronto-pariétale, angle A sur la figure, à 5 centimètres en dehors de la suture sagittale et 6 centimètres de la suture fronto-pariétale, il existe sur le pariétal gauche une perte de substance ovale mesurant 2<sup>c</sup>,5<sup>mm</sup> suivant son grand diamètre, dirigé obliquement en arrière et en dehors, et 1<sup>c</sup>,4<sup>mm</sup> sur son petit diamètre. Cette plaie est actuellement rétrécie par une production cicatricielle de 2 à 7<sup>mm</sup> de largeur. Il n'existe pas d'enfoncement de la table externe.

*Concavité de la même voûte.* Tout autour de la perte de substance, il existe un enfoncement de la table interne de l'os. Cette table est divisée en 4 ou 5 fragments d'inégale dimension à bord central tranchant et dirigé du côté de l'encéphale.

La saillie, formée à l'intérieur de la boîte crânienne par cet enfoncement, peut être évaluée à 8 ou 9<sup>mm</sup>. La calotte crânienne enlevée, on trouve sur la dure-mère un petit champi-

gnon noirâtre, formé par un bourgeon cicatriciel, unissant cette enveloppe avec la pie-mère et la surface de l'hémisphère gauche.

La dure-mère adhère aux circonvolutions dans une étendue beaucoup plus grande que celle de la plaie. Avant de fendre l'hémisphère à ce niveau, on retire le cerveau de la boîte crânienne et l'on constate qu'il existe toutes les lésions de la méningite de la base du cerveau. Pus dans le grand confluent central sous la pie-mère qui recouvre la protubérance et les pédoncules cérébraux, ainsi que la base du cervelet. La pie-mère de la convexité est adhérente, la substance cérébrale peu résistante, peu de signes de méningite. L'hémisphère gauche est sectionné, le couteau pénètre verticalement en passant par le centre de la plaie. Au-dessous de la substance grise des circonvolutions, la substance blanche apparaît avec un aspect verdâtre et l'on tombe sur un abcès du volume d'une amande, rempli de pus jaunâtre bien lié et enkysté dans une coque de substance cérébrale noirâtre. Cet abcès est distant de la surface des circonvolutions de 1 1/2<sup>cm</sup> à peu près. Il communique avec le ventricule moyen de ce côté.

Le centre de la lésion de la convexité est situé entre le fer à cheval du pli courbe et la partie moyenne de la pariétale ascendante, c'est-à-dire qu'elle occupe le lobe pariétal supérieur dans sa partie la plus déclive. Elle empiète sur le pli courbe, sur son lobule, mais n'intéresse pas la pariétale ascendante. Cette lésion siège à 3 centimètres de la scissure inter-hémisphérique; elle occupe 4 centimètres d'étendue environ dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur. Si l'on pratique une série de coupes verticales d'arrière en avant, on voit que la substance blanche est ramollie dans une très-grande étendue et que la circonvolution pariétale ascendante qui de prime-abord paraît intacte, est réellement atteinte; ce qui confirme la loi des localisations.

Il nous semble que, dans ce cas, la monoplégie brachiale du début était une indication de trépan immédiat, si l'on suit l'exemple de M. Lucas-Championnière. Restait, dans ce cas, à diagnostiquer l'enfoncement de la table interne et à le détruire, car, restant en place, il aurait fatalement entraîné les accidents observés. L'individu n'ayant été vu que le deuxième jour après l'accident, on ne peut savoir si la monoplégie brachiale existait à cette époque et, par conséquent, savoir si elle doit être mise sur le compte de la lésion primitive ou de son retentissement plus tardif sur la pariétale ascendante.

M. HOUËL. La question de la trépanation dans les fractures du crâne, est à l'ordre du jour; je crois qu'avant de trancher,

l'opportunité de ce procédé chirurgical, il est bon de se rappeler le mécanisme des fractures du crâne. Dans ces fractures, les deux tables de l'os se comportent d'une façon entièrement distincte: la table externe, très-résistante, se fêle, mais ne se détache pas, la table interne, au contraire, se sépare de la précédente et s'enfonce vers le cerveau; on n'a ainsi qu'une fracture incomplète.

En pratiquant la trépanation simplement, on n'obtiendrait aucun succès, car on laisserait subsister l'écartement des os, je crois donc que, pour avoir quelque chance de réussite, il faudrait, avec un élévateur appliqué sur les fragments, transformer la fracture incomplète en une fracture complète. C'est ainsi que se produisent les fractures du crâne, on en trouvera de nombreux et beaux échantillons dans les collections du musée Dupuytren; tel est, par exemple, un cas de fracture pour lequel Desault pratiqua la trépanation; le malade mourut, il y avait enfoncement du crâne et compression sur le cerveau. Pour moi cet insuccès est dû en partie à ce que ce chirurgien avait omis de transformer la fracture incomplète en une fracture complète. Tel est aussi le cas d'un homme qui, combattant sur une barricade, reçut une balle à la partie postérieure du crâne. Denonvilliers pratiqua la trépanation avec même insuccès, il y avait une fracture de la table interne sans lésion de la table externe, et la mort est survenue pour les mêmes raisons que dans le cas de Desault.

M. CHARCOT. Le fait qui nous est présenté confirme pleinement la théorie actuelle des localisations cérébrales, car ce n'est pas la compression exercée sur le cerveau par les esquilles, mais un travail pathologique ultérieur, un abcès du centre ovale s'étendant jusque dans la région motrice, qui a produit les troubles morbides qu'on nous a signalés: monoplégie brachiale, convulsions épileptiformes, etc.

M. DESPRÉS. Ce fait démontre, pour moi, l'inutilité absolue de la trépanation, et je suis persuadé que, si elle eût été pratiquée, on n'eût obtenu aucun résultat. D'ailleurs, que s'est-il produit ici: en premier lieu, une fracture avec esquilles, en second lieu une compression avec contusion sur le cerveau, impossibles à diagnostiquer; or, l'expérience nous a montré, qu'en pareil cas, la maladie peut se terminer de deux façons bien distinctes: ou bien, ainsi que j'en ai rapporté une observation à la Société de chirurgie, il se produit des phéno-



mènes de paralysie, de la suppuration, etc., le tout suivi de guérison ; ou bien, au contraire, il se forme un abcès dans la masse du cerveau, et alors, quel que soit le traitement employé, vous n'obtiendrez aucun résultat, et pas plus par la trépanation que par d'autres procédés thérapeutiques, car le trépan ne saurait guérir ni la contusion ni l'abcès du cerveau. Il n'est pas très-rare, d'ailleurs, de voir se terminer, par la guérison, des faits analogues à celui qu'on vient de nous présenter ; on en trouverait certainement des exemples dans le bulletin de la Société. Je me rappelle, entre autres, un cas présenté, je crois, par M. Budin, dans lequel un malade a gardé pendant 44 ans des esquilles profondément enfoncées dans la région frontale, sans qu'il se soit produit le moindre accident. Il est donc bien certain que souvent le cerveau s'accommode aisément d'une compression même intense. Il n'en est pas de même de la contusion, et toutes les fois qu'elle existera, la trépanation ne vous donnera que des succès.

M. BERGER. Le fait qu'on nous présente, et d'autres analogues relatés dans la thèse de Colonna Ceccaldi, confirment entièrement la théorie des localisations cérébrales et sont en même temps opposées à toute intervention par le trépan. Je rappellerai le cas de cet homme qui reçut un coup de feu dans l'orbite et chez lequel la balle, après avoir traversé la circonvolution pariétale ascendante à sa partie inférieure, était allée se loger au niveau de la suture lambdoïde. Dans ce cas, la trépanation, appliquée au niveau de la lésion osseuse, n'aurait produit, évidemment, aucun résultat.

M. LANDOUZY. Je crois qu'on ne saurait établir aucun rapprochement entre les traumatismes du crâne par armes à feu, où la balle peut, en effet, aller occuper les régions les plus diverses de l'encéphale, et contre lesquels la trépanation n'aurait aucun recours, et les lésions bien localisées d'une fracture comme celle qui nous est présentée. Dans ce dernier cas, je pense qu'on ne doit pas attendre que les premiers accidents se manifestent pour intervenir, et il est permis d'espérer que la trépanation appliquée le jour même de l'accident aurait pu être utile.

M. DESPRÉS ne saurait accepter cette proposition ; pour lui la monoplégie observée chez le malade deux jours après l'accident, a été causée par la contusion cérébrale, et si on avait appliqué le trépan, le malade serait mort.

M. BERGER n'a pas voulu assimiler les fractures du crâne aux traumatismes de cette région par armes à feu, mais il pense qu'au début de toutes ces lésions, l'indication du trépan ne doit pas s'appuyer seulement sur des considérations tirées de la théorie des points moteurs du cerveau.

**15. Anomalie de l'artère poplitée;** par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

Sur un enfant nouveau-né, l'artère poplitée droite passe *en arrière* de la veine à laquelle elle est accolée. L'artère présente, du reste, dans tout le creux poplité, sa direction ordinaire, la fémorale a conservé ses rapports; c'est au niveau du canal de Hunter que se produit la déviation qui ne se retrouve pas sur le membre inférieur gauche.

**16. Sarcome de la dure-mère;** par POULIN, interne des hôpitaux.

La tumeur que nous présentons, provient d'un homme âgé de 41 ans, vitrier; elle a environ le volume du poing... Cette tumeur, située à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral du côté droit, est dure, présentant un aspect nettement lobulé, surtout dans sa partie antérieure. En dehors, elle s'étend supérieurement jusqu'à la circonvolution pariétale ascendante, en dedans, jusqu'au lobule paracentral qui est refoulé; elle empiète également sur la scissure callosomarginale, et fait une forte saillie dans la scissure interhémisphérique. — Cette tumeur est d'ailleurs indépendante de l'encéphale; les circonvolutions sont seulement fortement comprimées. Du côté de l'hémisphère gauche on trouvait une dépression bien nette répondant à la convexité de la tumeur, inférieurement la compression a pu se transmettre jusqu'au cervelet et au bulbe rachidien. — La dure-mère adhère intimement et postérieurement; il paraît bien y avoir une continuité directe entre cette membrane et le produit morbide.

A la coupe, nous trouvons un tissu dur, d'aspect charnu, offrant une coloration rouge, sur laquelle tachent des flots jaunâtres. La vascularité de la tumeur est considérable, et, même à l'œil nu, on voit de nombreux orifices vasculaires béants.

*L'examen histologique* nous a montré que cette tumeur était un sarcome, le tissu fibreux est complètement organisé, en certains endroits de la préparation, on voit, au contraire, des cellules embryonnaires nombreuses; l'élément vasculaire est très-abondant.

Les autres parties de l'encéphale étaient saines, et nous ne

trouvons à noter que le refoulement et la compression produite par cette masse volumineuse. Les méninges étaient fortement injectées.

Notons encore qu'au niveau de la partie postéro-supérieure de la tumeur, dans le point où la dure-mère est intimement adhérente, les os du crâne offraient une dépression correspondante. — Les autres viscères étaient sains, nous n'avons pu noter qu'une congestion intense du poumon gauche, et quelques plaques athéromateuses dans l'aorte.

*Symptômes observés pendant la vie.* Nous n'avons vu le malade que pendant les quinze jours qui ont précédé sa mort. Il ne pouvait plus alors se lever, gâtait et présentait une parésie générale, sans paralysie nettement localisée; pourtant la faiblesse était plus considérable du côté gauche que du côté droit. On pouvait s'en rendre compte en se faisant serrer les mains par le malade.

De plus, le malade était affecté d'un tremblement localisé au côté gauche, surtout au membre supérieur. Du côté droit, les mouvements n'étaient pas non plus très-assurés; mais avec la main gauche le malade ne pouvait prendre un objet, arriver à porter son verre à sa bouche, etc., qu'après une série d'oscillations successives. Ce tremblement n'avait lieu qu'à l'occasion des mouvements volontaires.

La sensibilité était intacte. Quand nous voyons le malade, nous constatons de plus une paralysie faciale du côté droit. La pupille gauche est moins dilatée que celle du côté droit. L'intelligence est affaiblie et le malade répond avec lenteur et difficilement aux questions qu'on lui pose.

*Antécédents.* Ceux que nous avons pu obtenir sont les suivants : Antécédents alcooliques, pas de syphilis.

Depuis un an D... aurait commencé à s'affaiblir et à trembler, surtout du côté gauche. Depuis ce moment, la parésie alla en augmentant. À son entrée, au mois de décembre, le malade marchait encore dans la salle. Le 20 décembre, D... tomba dans une espèce de collapsus sans convulsions, et le lendemain, on reconnut la paralysie faciale du côté droit.

Jamais il n'a eu ni convulsions, ni vomissements, ni céphalalgie nettement localisée.

15 janvier matin. On trouve le malade dans un état de résolution complet; on peut cependant obtenir quelques réponses en l'interrogeant vivement; du côté gauche, les doigts sont fléchis dans la paume de la main, mais on peut facilement les étendre. — Le soir, coma complet. T. 39°. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Mort dans la nuit.

*RÉFLEXIONS.* Nous remarquons, dans cette observation : 1° l'absence des symptômes attribués en général aux tumeurs

cérébrales, vomissements, attaques convulsives, céphalalgie localisée; 2° l'absence de paralysie localisée du côté des membres, qui s'explique, car la zone motrice, c'est-à-dire les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes sont intactes et ne paraissent pas avoir été fortement comprimées; 3° l'absence de troubles de la sensibilité avec la compression et l'atrophie du lobe occipital.

M. CHARCOT. Ce fait montre que les tumeurs du cerveau sont peu faites pour l'étude des localisations cérébrales, car il y a seulement compression des circonvolutions, sans aucune altération du tissu nerveux.

**17. Affection cardiaque. Embolie du bras gauche;** par P. RICHER, interne des hôpitaux.

Siredey Remi, 65 ans, atteinte depuis longtemps d'affection cardiaque, entre le 24 décembre 1877 à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle Saint-Luc, n° 9 (service de M. CHARCOT). Elle y vient pour quelques malaises peu inquiétants, occasionnés par une violente constipation et des migraines. — Mais le 1<sup>er</sup> janvier survient l'accident qui a été la cause de sa mort. Un deses neveux, qu'elle n'avait pas vu depuis longtemps, arrive inopinément lui faire visite, l'émotion qu'elle en éprouve est tellement vive, qu'elle est prise aussitôt d'une sorte d'attaque caractérisée par de violents battements cardiaques, de l'oppression, une angoisse extrême, des vertiges, des vomissements et de la diarrhée. En même temps, elle ressent, dans son bras gauche, une vive douleur, avec engourdissement et sensation de froid, coloration violette et impuissance de tout le membre. — Dans la jambe du même côté, une sensation de froid se fait également sentir, mais ne persiste pas. Il lui semble que tout tourne autour d'elle, et elle tombe à bas de son lit. Elle n'a pas perdu connaissance.

2 janvier. — Oppression assez grande. 32 inspirations par minute. Respiration suspirieuse. Anxiété considérable. Le poulx (à droite), petit, pressé, irrégulier. — A gauche, on ne perçoit les battements artériels ni à l'avant-bras, ni au bras, ni dans l'aisselle. La sensation d'un cordon dur ne se perçoit sur le trajet de l'artère que dans l'aisselle. — Le bras gauche, plus froid que le droit, est violacé, fort douloureux. Les douleurs viennent par élancements. La sensibilité a disparu à la main, elle persiste à l'avant-bras et au bras. — La malade ne peut remuer les doigts, tout en faisant faire à son bras des mouvements d'ensemble. Elle est prise de temps à autre de vertige. — La matité précordiale n'est pas augmentée. Les

battements cardiaques sont précipités, irréguliers, lointains, et marqués en partie par le bruit pulmonaire, qu'il est impossible de faire cesser à cause de l'état d'anxiété et d'angoisse où se trouve la malade. — T. main droite, 36° 6. — T. main gauche, 28° 7.

3 janvier. — Il y a un peu d'amélioration. L'oppression est bien moindre. Cœur, battements irréguliers. Souffle au premier temps et à la pointe. Douleurs du bras moins vives, sensation de froid moindre. Mouvements plus faciles. Elle ne peut cependant fermer complètement la main. La main est encore violette, surtout aux extrémités des doigts. — Insensibilité complète aux doigts. — Sensibilité un peu revenue au dos de la main. — T. main droite, 38° 4. — T. main gauche, 35° 5. — Vésicatoire à la région précordiale.

4 janvier. — Même état général. On voit apparaître à la main gauche, quelques petites taches noirâtres, dans le premier espace interdigital, au fond du pli d'opposition du pouce, à la partie inférieure de l'éminence hypothénar. Les doigts sont légèrement fléchis, on ne peut chercher à les étendre sans provoquer de vives douleurs qui empêchent le mouvement.

5 janvier. — Souffre beaucoup plus qu'hier de la main et du bras gauche. La main est légèrement gonflée. Elle est livide. Le trajet des veines est marqué par des traînées violettes. Les taches noirâtres se sont étendues, de nouvelles apparaissent. T. main droite, 37° 2. — T. main gauche, 31° 6.

6 janvier. — La douleur du bras augmente encore. — Oindre le bras avec un mélange de teinture de noix vomique et de laudanum toutes les heures, une pilule de 1 centig. d'extrait thébaïque.

7 janvier. — T. main droite, 36° 4. — T. main gauche, 35° 4. T. R. 40° 4.

8 janvier. — T. main droite, 36° 4. — T. main gauche, 35°. — T. rectale, 40° 2.

9 janvier. — T. main droite, 33° 2. — T. main gauche, 35° 6. — T. R. 38° 6.

10 janvier. — T. main droite, 35°. — T. main gauche, 35° 2. — T. R. 38°.

11 janvier. — T. main droite, 36°. — T. main gauche, 37°. — T. R. 37° 8.

12 janvier. — T. main droite, 34° 6. — T. main gauche, 28° 6. — T. R. 37° 2.

13 janvier. — T. main droite, 34° 8. — T. main gauche, 31° 6. — T. R. 34° 6. (?)

14 janvier. — T. main droite, 35° 8. — T. main gauche, 37°. — T. R. 36° 6.

15 janvier. — T. main droite, 34° 2. — T. main gauche, 36°.

— T. R. 37°,8. Les doigts sont demi-fléchis dans la paume de la main. La flexion porte principalement sur les deux dernières phalanges. Leur extension complète est impossible. L'index est noir et desséché dans ses deux dernières phalanges. On voit, disséminées sur la main, quatre plaques noires de la dimension environ d'une pièce de 1 franc. Elles siègent au premier espace interdigital, à la face dorsale du pouce, à la face dorsale de la phalange du médius, vers le milieu de la face dorsale de la main, plus proche du bord radial que du bord cubital.

Douleurs vives. — Anxiété. — Pouls faible, très-irrégulier.

Pas de battements artériels au bras gauche.

17 janvier. — T. main droite, 34°,8 ; — T. main gauche. 36°,4 ; — T. R. 37°,4. — Ni sucre ni albumine dans les urines.

18 janvier. — Mort à 10 heures du matin. Cette nuit, vers 1 heure elle a été prise de vomissements, avec oppression extrême et râle trachéal.

AUTOPSIE. — *Cœur*. — Volumineux. Dans le ventricule gauche un caillot récent, en partie décoloré, enchevêtré dans les colonnes charnues et les piliers de la valvule mitrale, remonte dans la crosse aortique, jusqu'au voisinage de l'artère sous-clavière gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci. Il est circonscrit par une zone athéromateuse, crétacée, et ne permet pas l'introduction de deux doigts. Les deux valves de la valvule mitrale sont épaissies principalement sur leurs bords, rétrécies, d'aspect blanchâtre et de consistance cartilagineuse. Les cordages tendineux sont épaissis, et les piliers blancs et nacrés dans leur partie supérieure. L'oreillette gauche paraît dilatée. On trouve, dans l'auricule, qu'il comble entièrement, un gros caillot, ancien, de coloration grisâtre, adhérent, et faisant légèrement saillie dans la cavité de l'oreillette. Au cœur droit, caillot récent dans le ventricule et l'oreillette. Valvule tricuspide saine. — *Poumons*. Sains.

*Reins*. Droit. — Petit. Présente à l'extrémité inférieure de sa face postérieure, deux cicatrices profondes ; — traces d'infarctus anciens. — Gauche. Plus volumineux, lobulé par de nombreuses cicatrices analogues à celles du rein droit. — L'extrémité inférieure est le siège d'une congestion intense. — Sur une coupe transversale, l'espace congestionné est de forme triangulaire à base dirigée en dehors. — *Rate*. Assez volumineuse, dure. — *Foie*. Congestionné.

*Baamen des artères du bras gauche*. — L'artère sous-clavière libre à son origine, est incomplètement remplie, au point qui correspond aux scalènes, par un caillot grisâtre, non adhérent aux parois, et dont l'extrémité libre, qui regarde le cœur est arrondie. — Pas de prolongements dans les collatérales.

Le caillot de la sous-clavière se continue avec un autre caillot plus rouge, remplissant tout le calibre du vaisseau, adhérent aux parois et occupant toute l'étendue de l'artère axillaire, et le commencement de l'humérale. Le caillot se prolonge dans les collatérales. Au niveau de l'origine de l'humérale profonde, le caillot diminue brusquement de volume, il se continue avec un petit caillot grêle, qui descend dans l'artère humérale, sans en remplir tout le calibre. — Grisâtre à sa partie supérieure, il devient rouge et diffuent plus bas. — Dans le tiers inférieur de l'humérale, le caillot, augmenté de volume, remplit toute l'artère, adhère aux parois et cesse brusquement au point de bifurcation des deux artères de l'avant-bras. Vers le milieu de son parcours, l'artère humérale est diminuée de volume; l'humérale profonde, obstruée par un caillot à son origine, est libre dans le reste de son parcours. A l'avant-bras, l'artère radiale et l'artère cubitale ne renferment aucun caillot. Au poignet, l'artère radiale est remplie par un caillot rouge, adhérent, qui cesse au point où elle forme l'arcade palmaire profonde. L'arcade palmaire superficielle renferme plusieurs petits caillots rouges, non adhérents. Ses collatérales de même que celles de l'arcade palmaire profonde sont libres.

La collatérale interne de l'index est obstruée par un caillot qui n'occupe que son quart supérieur. La collatérale externe ne contient pas de caillot (1).

**18. Lésions des voies aériennes consécutives à l'insufflation chez un nouveau-né;** par CHAMPETIER DE RIBES, interne des hôpitaux.

La nommée M. Victorine, âgée de 25 ans, est en travail depuis le 21 janvier, dans la salle d'accouchement de la Maternité: l'enfant se présente par le sommet, en position O. I. D. P.; le 23 janvier, dans la matinée, l'occiput étant resté en arrière, M. Lucas-Championnière extrait au moyen du forceps de M. Tarnier, un fœtus en état de mort apparente. Les battements du cœur sont forts et réguliers. On se met immédiatement en devoir de pratiquer l'insufflation; M. Tarnier et M. Lucas-Championnière la font eux-mêmes pendant plus d'une heure; après leur départ, on la continue sans interruption pendant sept heures. Pendant tout ce temps, les bat-

---

(1) Deux dessins ont été déposés dans l'album de la Société, l'un représentant la main malade l'avant-veille de la mort, l'autre, la situation des caillots dans les artères du bras.

tements du cœur persistèrent, puis devinrent de plus en plus faibles et irréguliers, et l'enfant ne donna plus aucun signe de vie. Au moment de la naissance, et pendant plusieurs heures après, l'enfant ouvrait les paupières, les globes oculaires exécutaient des mouvements.

Le chatouillement, à l'aide des barbes de plume, de la muqueuse des fosses nasales, déterminait des grimaces et pendant plusieurs heures aussi, il se produisit dans la figure, sans aucune excitation, les grimaces qui précèdent ordinairement chez le nouveau-né les premiers mouvements inspiratoires.

Le doigt, introduit dans l'arrière gorge, provoquait des mouvements de succion dans les lèvres, et des mouvements de déglutition. Le chatouillement de la plante des pieds déterminait des mouvements dans le membre inférieur correspondant. Mais il ne se produisit aucun effort inspiratoire spontané.

Pour pratiquer l'insufflation, nous avons employé à tour de rôle le tube de M. Depaul et l'insufflateur de M. Ribemont; ce dernier instrument a présenté de grands avantages; tandis que le tube de M. Depaul se dérangeait au moindre mouvement, et a dû être réintroduit à plusieurs reprises, l'autre insufflateur, une fois appliqué, resta en place pendant plusieurs heures; de plus, il oblitèrait assez bien la glotte, pour qu'il fût inutile de boucher avec la main le nez et la bouche, de façon à empêcher l'air insufflé de s'échapper. Malheureusement, nous n'avions pas à notre disposition la pièce calibrée, qui doit être ajoutée à cet instrument, pour que son emploi soit sans danger. A l'ouverture du petit cadavre, nous avons cherché avec le plus grand soin, si quelque lésion des centres nerveux nous expliquerait pourquoi la respiration ne s'était pas établie. Les tractions avec le forceps avaient été assez longues et assez fortes pour qu'on pût craindre une fracture des os du crâne ou un épanchement sanguin. La boîte osseuse était intacte; le cerveau, le bulbe et la moelle, ne portaient les traces d'aucune contusion; à peine y avait-il une légère suffusion sanguine dans les méninges à la base du cerveau, à la face inférieure du cervelet.

Tous les organes avaient leur aspect normal, à l'exception des voies aériennes.

*Larynx.* Nous avons trouvé, dans le larynx, deux petites ulcérations intéressant la muqueuse dans toute son épaisseur, arrondies, comme taillées à l'emporte-pièce, et siégeant l'une sur le ligament aryéno-épiglottique du côté gauche, l'autre dans le ventricule du larynx du côté droit. Il nous semble que ce ne peut être avec l'insufflateur de M. Ribemont, dont



l'extrémité est mousse, que ces deux ulcérations ont pu être produites.

*Poumons.* Les poumons, dont le volume et la forme générale n'étaient pas changés, étaient emphysémateux. On voyait, sous la plèvre viscérale des deux poumons, sur toutes leurs faces, de petites bulles parfaitement transparentes, dont le volume variait de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de che-nevis. Au niveau du sommet et du bord antérieur des deux poumons, existaient des bulles plus grosses; la plus volumi-neuse au niveau du bord antérieur du poumon gauche, avait la forme et le volume d'un petit haricot.

Sous l'influence des pressions exagérées, produites par l'in-sufflation, les vésicules pulmonaires se sont rompues, et il s'est produit de l'emphysème interlobulaire. Les bronches contenaient une petite quantité de mucosités.

M. MARY présente un *fibro-lipome pédiculé de la peau*, occu-pant la région inguinale. L'observation n'a pas été remise.

M. LANDOUZY présente le cœur d'une malade, entrée il y a quelques mois à l'hôpital de la Charité, pour un rétrécisse-ment mitral. Outre le bruit symptomatique de cette lésion, on constata, il y a quelque temps, chez cette malade, un nouveau bruit de souffle, au niveau du bord inférieur droit du sternum; par son timbre filé, il se distinguait nettement du bruit de roulement entendu à la pointe; de plus, ce nouveau bruit était systolique. Bien qu'il n'y eût aucun trouble fonctionnel nouveau, ce bruit fut rapporté à une insuffisance tricuspide survenue consécutivement.

Cette jeune fille avait présenté une série d'accès subintrants d'asystolie, auxquels elle a fini par succomber. Pendant la vie, jamais on n'avait observé d'ascite. Le foie était très-augmenté de volume.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du ventricule droit, un rétrécissement mitral des plus nets, et une insuffi-sance tricuspide.

---

## FÉVRIER



*Séance du 1<sup>er</sup> février 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### **1. Encoches de l'extrémité inférieure du fémur.**

M. TERRILLON. Je désire appeler l'attention de la Société sur certaine particularité anatomique de l'extrémité inférieure du fémur, qu'on avait, bien à tort, considérée jusqu'ici comme le résultat d'un travail pathologique. Il est très-fréquent de rencontrer, sur les cartilages qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur, de petites encoches plus ou moins profondes et même de véritables rainures transversales; elles sont très-marquées sur la pièce que je vous présente, qui provient d'une femme âgée de 40 ans. Ces dépressions, déjà signalées par Henke, sont absolument normales, je les ai toujours rencontrées sur les cadavres apportés à Clamart; elles se creusent de plus en plus avec l'âge, et chez les vieillards il arrive quelquefois de trouver le cartilage usé, divisé, détruit entièrement et l'os mis à nu. Ces encoches me paraissent jouer un rôle important dans le mécanisme des mouvements de l'articulation du genou; d'après les auteurs classiques, ce serait la tension des ligaments latéraux et du ligament antérieur qui s'opposerait au mouvement d'hyperextension de l'article; tout en acceptant ces données physiologiques il est bon de recourir à l'expérimentation: or en pratiquant l'extension de la jambe sur la cuisse, on voit les ligaments semi-lunaires de l'articulation du genou, venir se loger dans ces petites dépressions et servir ainsi de coins d'arrêt pour le mouvement d'extension, il en résulte que, chez le vieillard, le fémur et le tibia au lieu de se continuer en ligne droite forment un angle obtus ouvert en avant. Il est donc probable que ces encoches sont formées par la pression continue des cartilages semi-lunaires; ce

qui explique pourquoi elles deviennent de plus en plus profondes avec les progrès de l'âge. M. Terrillon a l'intention de compléter sa communication dans une séance ultérieure.

**2. Persistance du canal de Nüek;** par Ch. Féré, interne des hôpitaux.

Si je présente un exemple de cette disposition anatomique, ce n'est pas que je ne sois encore très-convaincu qu'elle est tout à fait exceptionnelle, mais c'est parce qu'on en a nié l'existence d'une façon presque absolue; et je tenais à montrer qu'il est impossible de se méprendre pour que la statistique que je prépare ne soit pas sujette à contestation.

Il s'agit d'une petite fille de  $x$  jours, morte d'athrepsie dans le service de M. Parrot, aux Enfants-Assistés. Du côté gauche, en dehors du ligament rond au moment où il pénètre dans la paroi abdominale, on voit une petite fossette à peine appréciable; si on fait glisser un peu en dehors et en haut le péritoine pariétal, la dépression disparaît complètement. A droite, on voit, sur le même point, un petit sillon linéaire un peu concave en dedans de 3 millimètres de long, dirigé obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière. Quand on tire un peu en dedans le ligament rond, le sillon s'élargit, et on voit un petit orifice circulaire permettant l'introduction d'une sonde cannelée ordinaire qui, poussée doucement, pénètre obliquement jusqu'au bord inférieur du pubis; si alors on tire un peu fort sur le ligament rond en même temps qu'on fait glisser en dehors le péritoine pariétal, la sonde remonte un peu, mais elle reste encore engagée dans une étendue de 23 millimètres.

La dissection montre que le péritoine se continue sur toute l'étendue de ce canal qui se termine en un cul-de-sac dont le fond, parfaitement lisse, mais un peu rosé, contient une petite masse, grosse comme un grain de millet, de substance molle et jaunâtre qui paraît être un produit d'exsudation inflammatoire préparant l'oblitération du conduit. Le ligament rond est appliqué contre la paroi interne de ce canal; quelques fibres en partent pour aller se jeter sur l'arcade de Fallope; un faisceau plus volumineux se dirige sur l'épine pubienne et un plus considérable encore va se perdre dans la partie supérieure du sac fibreux de la grande lèvre. C'est à ce dernier faisceau que s'adosse le prolongement du péritoine; le cul-de-sac qui termine le diverticule est à 3 ou 4 mm. au-dessus du point où le ligament se confond avec le sac fibreux.

Les dimensions de ce conduit ne permettent pas de supposer que ce soit un sac herniaire; ce ne peut être qu'une disposition congénitale.

M. PETIT. J'ai vu un fait analogue chez une jeune femme de 16 ans, morte d'éclampsie : le canal de Nûck allait jusqu'à dans la grande lèvre, son orifice supérieur aurait pu contenir aisément le petit doigt, son trajet était absolument vide, ne renfermant ni épiploon ni intestin. Dans un autre cas j'ai trouvé une hernie de l'ovaire qui s'était engagé peu à peu dans le canal resté perméable.

3. — M. VARIO présente un *foie conturé de cicatrices* et de dépressions profondes, probablement d'origine syphilitique. — (L'observation n'a pas été remise. —)

4. **Disposition anormale de l'S iliaque dans une hernie inguino-scrotale gauche irréductible ;** par BOUSSI, interne des hôpitaux.

Le nommé Moret (Charles-Antoine), âgé de 68 ans, cordonnier, entra le 10 août 1877, à la Pitié, salle Salut-Raphaël, service de M. Dumontpallier (interne M. Leroux).

On constata chez lui un affaiblissement des quatre membres, plus marqué du côté droit.

Au bout de quelques jours, la parésie gauche disparut, et une hémiplegie droite s'établit définitivement. Cet état persista jusqu'à la fin de sa vie. Il n'eut jamais de contracture. Il eut seulement à l'index gauche un panaris qui guérit sans traitement. En outre, il était porteur depuis longtemps d'une énorme hernie inguino-scrotale irréductible. Les deux ou trois derniers mois de sa vie, une eschare au sacrum, puis aux trochanters, se forma graduellement. Ces lésions très-étendues étaient plus marquées du côté paralysé. Il succomba le 30 janvier 1878, à 1 heure du matin, à une pneumonie hypostatique plus marquée à droite.

L'AUTOPSIE nous révéla une disposition insolite du contenu de la hernie : *hernie inguino-scrotale gauche* volumineuse. En ouvrant le sac par sa face antérieure, on est tout surpris de trouver à la partie inférieure, près du fond, un foyer de matières fécales. En regardant de plus près, on s'aperçoit que ce foyer n'est rien autre chose que l'S iliaque aplatie et adhérente à la paroi du sac. L'S iliaque, en effet, avec une portion du côlon descendant, est adhérente dans toute son étendue à la paroi du sac constitué par le péritoine pariétal. Cette adhérence est si intime que l'S iliaque n'est plus comprise dans la cavité du sac, mais que sur tout son trajet, elle fait partie intégrante du sac lui-même. Voilà précisément le côté intéressant de cette pièce.

Tandis que la plus grande portion de l'intestin grêle, contenu dans le sac avec le mésentère, est libre, comme dans les hernies ordinaires; la portion du gros intestin, au contraire, faisant partie de la hernie, est adhérente au sac depuis son entrée par le collet jusqu'à sa sortie par le même orifice, fort large du reste. Cette S iliaque représente une anse qui tapisse d'abord la face antéro-latérale, puis le fond et la face postérieure du sac, et se continue avec le rectum en sortant du collet. Sa portion antérieure est donc en avant de l'intestin grêle, tandis que sa portion postérieure passe en arrière, et pour l'apercevoir, il faut relever les anses intestinales.

C'est au point où sa portion antérieure se recourbe au fond du sac pour devenir postérieure que nous avons coupé l'S iliaque et que nous nous sommes aperçus de l'anomalie. Le mécanisme par lequel l'S iliaque adhère à la paroi dans une aussi grande étendue, est probablement le suivant. L'S iliaque et son mésocôlon faisait partie de la hernie au même titre que l'intestin grêle et son mésentère; peu à peu, par suite d'une inflammation adhésive, le mésocôlon s'est moulé sur la paroi interne du sac, et l'S iliaque, moins mobile que l'intestin grêle, fixée en premier lieu par son bord adhérent au mésocôlon, s'est fixée par son bord libre à la paroi du sac, grâce à des adhérences celluleuses.

Telle est l'opinion que m'a suggérée la dissection du sac. Je l'ai divisé en deux lamelles dans une grande étendue: l'une, extérieure (péritoine), l'autre intérieure (mésocôlon), à l'extrémité de laquelle se trouvait l'S iliaque.

En résumé, l'S iliaque, par suite d'adhérences et de l'accolement du mésocôlon à la paroi, a cessé de faire partie du contenu pour faire partie du sac herniaire. M. Dumontpallier pense qu'au fur et à mesure que le péritoine pariétal est descendu dans les bourses, il a entraîné avec lui le mésocôlon iliaque. Celui-ci, tirailé, se serait dédoublé peu à peu, et une fois les deux feuillets complètement séparés, l'S iliaque se serait trouvée aplatie sur la paroi interne du sac.

*Cavité crânienne*: Méninges saines. Athérome de toutes les artères de la base: hexagone, basilaire, sylvienne. Dans le centre ovale de Vieussens de l'hémisphère gauche, on trouve un foyer de ramollissement. Ce foyer linéaire, de 0<sup>m</sup>,5 de long sur 1 cent. de large, est formé par la réunion d'une série de petites lacunes de la grandeur les unes d'un pois, les autres d'une noisette. Les parois n'offrent aucune trace de pigment. Le contenu est un liquide séreux presque incolore. Le cerveaulet, la protubérance et le bulbe ne sont le siège d'aucune altération appréciable.

*Cavité thoracique*. Poumons, congestion des 2/3 inférieurs

des poumons droits. Congestion analogue, mais moins marquée, à la base du poumon gauche. Aucune trace de tubercules.

*Cavité abdominale. Reins.* — Le rein droit (côté paralysé) pèse 140 gr., tandis que le rein gauche pèse 170 gr. Il y a donc une différence de 30 gr. entre les deux reins. *Foie.* Le foie a un volume normal. *Rate* grossie, couleur lie de vin. *Vessie* saine. *Testicule* : le testicule est dur et augmenté de volume. A la coupe, on trouve un foyer puriforme au centre ; la partie périphérique est caséuse. La queue de l'épididyme offre une dégénérescence lardacée. Le testicule correspondant à la hernie est aussi volumineux ; il présente les mêmes lésions que l'autre. Rien à la prostate.

5. — M. MÉNARD présente un *cas de rupture spontanée du cœur*, chez une femme de 61 ans, entrée à l'hôpital avec les signes d'une dilatation du cœur droit, œdème du poumon et des membres inférieurs. On n'entendait aucun souffle au niveau de la région précordiale. A la suite d'un purgatif, cette femme devint très-affaissée, puis, prise de dyspnée extrême, elle mourut subitement dans la soirée.

A l'AUTOPSIE, on trouva un épanchement pleural assez abondant, le péricarde était distendu par un caillot couleur gelée de groseille qui ne pesait pas moins de 600 gr. Dans le cœur, il y avait une déchirure du myocarde au niveau de la pointe ; on trouva encore une thrombose de l'artère coronaire antérieure, et une dégénérescence athéromateuse de l'aorte et des deux rénales. (L'observation n'a pas été remise.)

M. MOUTARD-MARTIN. A-t-on observé chez la malade des signes permettant de supposer que la rupture s'est faite en plusieurs temps ? On sait, en effet, que la plupart des ruptures cardiaques s'opèrent en deux temps très-distincts : le premier correspond à la déchirure du myocarde, le second à l'épanchement dans la séreuse d'enveloppe, suivi de compression sur le cœur et de mort subite.

M. MÉNARD. Deux jours avant la mort, cette femme fut prise de dyspnée extrême, poussa un cri violent et déclara qu'elle sentait son cœur se déchirer. C'était là peut-être le début de la rupture du muscle cardiaque ?

**8. Ramollissement des deux noyaux du corps strié à gauche. — Hémiplégie temporaire. — Sclérose pulmonaire;**  
par MAYOR, interne des hôpitaux.

X..., femme de ménage, âgée de 65 ans, entre le 25 juin 1877 dans le service de M. BERNUTZ. Antécédents de famille sans intérêt. Mariée, elle a eu deux enfants, dont l'un est mort en bas âge, sans qu'elle puisse dire de quelle maladie; l'autre, une fille, est actuellement bien portante et a, elle-même, plusieurs enfants.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme; pas d'alcoolisme. A l'âge de 45 ans elle a commencé à être oppressée lorsqu'elle marchait un peu vite. Il y a trois ans, elle a eu du côté gauche un point douloureux, sans grande réaction fébrile. Cependant on lui appliqua plusieurs vésicatoires. Elle se remit lentement et, dès lors, ne put reprendre son travail de servante; car dès qu'elle se fatiguait un peu, le point de côté reparaisait.

Il y a deux ans, au moment où elle venait de se lever, elle perdit subitement connaissance. Il n'y eut pas de mouvements convulsifs. Elle ne sait combien de temps elle resta sans connaissance; mais quand elle revint à elle, elle était hémiplegique droite et ne pouvait parler. L'usage de la parole revint dans la soirée. Huit jours après, elle se levait, et peu à peu la paralysie disparut au point qu'actuellement la main droite est plus forte que la gauche. Les deux jambes sont également fortes. La face n'est nullement déviée.

Depuis le commencement de cet hiver elle toussait un peu, mais il n'y avait pas de fièvre, pas d'altération marquée de la santé; lorsqu'il y a deux mois elle fut prise d'un nouveau point de côté dans la région précordiale gauche avec irradiation dans l'épaule et le bras du même côté. Peu de fièvre, pas de grands frissons; ni vomissement, ni diarrhée. Au bout de trois semaines, quoiqu'elle continuât à tousser, elle reprit l'appétit et put se lever. Mais, il y a quinze jours, ces accidents reparurent et elle se décide aujourd'hui à entrer à l'hôpital pour y être traitée de son point de côté et de sa toux.

Aujourd'hui, la malade est extrêmement oppressée, pâle; ses lèvres sont bleuâtres. Elle tousse fréquemment, surtout lorsqu'on la fait asseoir. Les crachats sont relativement peu abondants et ne présentent rien de caractéristique. Il n'y a jamais eu d'hémoptysie. La malade n'a jamais eu d'embonpoint; cependant elle s'est amaigrie depuis quelques années, pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée.

Signes physiques: En avant, à la percussion, rien de bien anormal. A l'auscultation, respiration un peu soufflante sous

les deux clavicules. Dans toute l'étendue, râles ronflants et sibilants qui empêchent d'entendre les bruits du cœur.

En arrière, matité dans les deux fosses sus-épineuses et submatité dans la partie supérieure des sous-épineuses : souffle bronchique intense aux deux sommets. Au même niveau il y a résonnance exagérée de la voix, expiration prolongée, râles ronflants, sibilants et sous-crépitaux peu nombreux. Plus bas les râles sibilants et sous-crépitaux deviennent extrêmement abondants et s'entendent jusqu'à la base des deux poumons.

Le foie et la rate n'offrent rien d'anormal. Il n'y a d'œdème nulle part. Pas d'albumine dans l'urine.

Peu à peu l'oppression, la toux, l'expectoration diminuent. A la fin de septembre on commence à entendre dans la fosse sus-épineuse droite un souffle qui prend un peu le timbre caverneux. Pas de craquements proprement dits. Plus bas, la respiration est rude. Les râles sous-crépitaux ne s'entendent plus que tout à fait à la base. Quelques jours après le souffle caverneux a disparu, puis il reparait plus net. Enfin on le cherche vainement, puis on le retrouve à plusieurs reprises et à quelques jours de distance.

Au commencement de novembre, la malade est reprise de bronchite généralisée. Elle ne mange plus, s'amaigrit rapidement. Les crachats deviennent beaucoup plus abondants (demi crachoir). Les râles ronflants et sibilants apparaissent de nouveau dans toute l'étendue des deux poumons. Les sous-crépitaux s'accroissent aux deux bases. Les poisons kermesées sont employées sans succès. On se voit, à plusieurs reprises, obligé d'appliquer des ventouses sèches pour remédier à des accès d'orthopnée formidables. Enfin, la malade s'affaiblit, s'amaigrit rapidement, et meurt le 15 décembre.

**AUTOPSIE** faite le 16 décembre. Les deux plèvres contiennent une bien faible quantité de liquide séreux. Les lobes supérieurs des deux poumons sont en état de sclérose avancée. Ils sont traversés par places par des bandes fibreuses compactes. Les bronches, surtout celles de moyen calibre, présentent une dilatation cylindrique très accentuée. Elles sont pleines de muco-pus. Nulle part il n'y a de dilatation ampullaire. Aucune masse caséuse. Les lobes inférieurs sont fortement congestionnés et œdématisés.

**Cœur.** Endocarde sain. Le myocarde a un peu la coloration feuille morte. Il n'y a pas de dilatation des cavités ni d'insuffisance relative. Péricarde sain.

**Reins** séniles, un peu congestionnés. — **Rate** sénile.

**Cerveau.** Artères de la base un peu athéromateuses. Les circonvolutions sont absolument saines à leur surface. L'hémis-



phère droit ne présente rien d'anormal à la coupe. Il n'en est pas de même pour le gauche. En effet les coupes successives démontrent l'existence, au niveau des deux noyaux du corps strié, de deux foyers de ramollissement arrivés à la période dite d'état cellulaire. La coloration de ces foyers est grisâtre. En avant, ils ne s'arrêtent qu'à l'extrémité même des deux noyaux aussi bien pour le caudé que pour le lenticulaire. En arrière, ils cessent tous deux au même niveau, sur la coupe qui passe à deux millimètres environ en avant de la couche optique. La capsule interne saine, un peu dentelée sur ses bords, se trouve sur les coupes, jetée comme une sorte de chaussée entre les deux foyers cellulaires qui s'affaissent. — *Protubérance.* — *Bulbe.* — *Cervelet.* — Rien à l'œil nu.

M. PITRES. Le fait qu'on nous présente, qui d'ailleurs n'est pas rare, semble à première vue en contradiction avec les expériences de Ferrier, puisque ce physiologiste déclare que l'excitation électrique, portée sur le corps strié, donne lieu à des convulsions, voire à du tétanos.

Contrairement à l'opinion de Ferrier, je crois qu'il est bien démontré que le corps strié est inexcitable quelle que soit la force du courant mis en œuvre, mais à condition de ne pas enfoncer trop profondément les électrodes dans le tissu cérébral. Si, au contraire, une lésion matérielle où l'excitation électrique, partant de la face ventriculaire du corps strié, s'étend jusqu'à la capsule interne, dans ce cas seulement il se produira des convulsions, du tétanos, etc.

M. CHARCOT. Je rappellerai que si, en général, les hémiplegies de cause cérébrale ne sont pas accompagnées de contractures, il faut que les lésions n'atteignent pas les parties rayonnantes de la capsule interne ou le centre ovale ; mais si ces régions viennent à être lésées, la contracture pourra survenir.

M. PITRES. Chez le chien, des lésions, des hémorragies intra-ventriculaires ne donnent pas lieu à de la contracture, celle-ci ne se manifeste que si les lésions siègent au niveau de la partie inférieure du pédoncule cérébral.

**7. Anévrysme des valvules sigmoïdes de l'aorte. — Endocardite ulcéreuse. — Embolies multiples ;** par M. Henri LEROUX, interne des hôpitaux.

Larison Pierre, âgé de 48 ans, exerçant le métier de tailleur

entre à l'hôpital Necker (service de M. DELPECH), dans la salle Saint-Ferdinand, n° 26, le 7 janvier 1878. Il est arrivé à Paris depuis deux mois seulement, et s'est toujours bien porté.

C'est au commencement de novembre qu'il a commencé à se sentir fatigué; des accès de fièvre assez fréquents le forçaient à rester au lit une partie de la journée, et s'accompagnaient d'inappétence de dyspepsie, de constipation. Il a passé dans le même état, tout le mois de décembre, maigrissant peu à peu, se plaignant de douleurs dans le ventre et dans les jambes, mais ne toussant pas.

Au moment de son entrée, on constate les symptômes suivants: pas d'insomnie ni de rêvasserie; pas de céphalalgie; de bourdonnements d'oreilles; de troubles de la vision, ni d'épistaxis.

Langue rouge à la pointe, blanche sur les bords; mauvais goût à la bouche; douleur à la gorge; rougeur du voile du palais et des piliers; ganglions sous-maxillaires, du côté droit, tuméfiés. Pas d'envies de vomir ni de vomissements; constipation depuis 3 jours; coliques assez vives; douleur à l'épigastre; pas de météorisme, mais gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas de taches rosées lenticulaires; quelques taches ardoisées.

Pas de dysurie, urines claires; douleurs aux cuisses, dans le genou droit et aux pieds; le malade peut cependant marcher, mais souvent, dit-il, ses pieds enflent le soir; pas de battements de cœur; souffle assez fort au premier temps à la pointe; pouls régulier, 100 pulsations; peau chaude, brûlante, 40°, 2; respiration normale. Le malade tousse un peu, mais ne crache pas; il accuse des sueurs abondantes à son réveil sur le thorax et les jambes.

A tous ces signes s'ajoute le plus caractéristique, le facies d'hébétude des typhiques; le malade comprend difficilement les questions qu'on lui pose, et y répond avec une certaine lenteur.

On porte alors le diagnostic de dothiéntérie, mais avec réserve.

8 janvier. — L'examen plus attentif du poumon fait reconnaître une diminution de la sonorité et de l'élasticité dans la fosse sus-épineuse gauche, la respiration est un peu soufflante, on y entend quelques fins craquements; à droite on en trouve aussi quelques-uns. Le malade insiste sur ce fait, que la fièvre revient surtout le soir. T. 38°, 4. — Soir, 38°, 6. Sueurs abondantes; quelques vomissements et selles nombreuses (à la suite de l'administration d'un éméto-cathartique); figure pâle avec coloration passagère des pommettes.

9 janvier, — T. 37°, 8. — Soir, T. 39°. Sur les 7 heures du

soir grand frisson avec claquements de dents; douleurs dans les jambes; toux plus fréquente; hémoptysie légère.

10 janvier. — T. 36°, 6. — Soir. T. 39°. Inappétence; le malade a eu un léger frisson sur les 4 heures du soir; sueurs abondantes.

11 janvier. — Matin. T. 37°, 6. — Soir. T. 38°, 4.

12 janvier. — Matin. T. 37°, 2. A la suite de quintes de toux on perçoit nettement des craquements dans les deux fosses sus-épineuses surtout à droite. L'accentuation des signes pulmonaires fait pencher vers l'hypothèse d'une granulie à forme typhoïde. Le soir, sueurs abondantes — délire tranquille. Soir. T. 39°, 6; P. 105.

13 janvier. — T. 39°. — Soir. T. 39°, 8.

14 janvier. — T. 36°, 2. Sueurs abondantes — affaiblissement sensible; le malade devient pâle — diarrhée. — Soir. T. 39°, 4.

15 janvier. — T. 38°, 5. — Soir. T. 39°, 4.

16 janvier. — T. 38°. — Soir. T. 39°, 2. Pâleur croissante — aspect hébété typhique — coliques atroces, diarrhée.

17 janvier. — T. 38°. — Soir. T. 39°, 6. Inappétence absolue — frissons et sueurs au sommet droit en arrière, râles sous-crépittants; à gauche respiration rude, craquements — Ema-ciation rapide.

18 janvier. — T. 38°, 3. — Soir. T. 37°, 4.

19 janvier. — T. 37°. — Soir. T. 39°, 3.

20 janvier. — T. 36°, 8. — Soir. T. 38°, 4. Souffle légèrement creux au sommet droit, râles. — A gauche, râles humides manifestes et respiration soufflante — inappétence, aspect typhique, hébétude — délire.

21 janvier. — T. 37°, 6. — Soir. T. 38°, 6.

22 janvier. — T. 38°. — Soir. T. 37°, 8. — Coliques atroces, anémie croissante, le malade est d'une maigreur squelet-tique.

23 janvier. — T. 36°. — Face terreuse, inappétence, oppres-sion extrême, le décubitus dorsal est impossible. Battements de cœur irréguliers, bruits sourds mal frappés, pouls misé-rible 108. Sonorité à peu près conservée dans les fosses sus-épineuses. Pas de râles, souffle creux aux deux sommets. Le malade est tellement agité le soir qu'il est impossible de l'examiner, il a le délire.

24 janvier. — Coliques atroces, douleurs de tête, mort.

AUTOPSIE, le 25 janvier. — Pas d'adhérences pleurales, ni d'épanchement dans les plèvres. — *Poumons* congestionnés à la base, mais d'une manière inégale. Lobules emphysémateux à côté des lobules d'un rouge clair ou foncé, d'un aspect mar-bré de la face inférieure. — A la coupe, les poumons peu cré-pittants, assez durs, surnagent au-dessus de l'eau. — Em-

physème dans les deux sommets surtout à droite. Pas de tubercules gris ou jaunes, — quelques petits noyaux fibreux sous-pleuraux. En somme, le poumon présente l'aspect de la congestion lobulaire commune chez les enfants.

Le *péricarde* distendu contient un liquide trouble, rougeâtre, plus de 400 grammes — examiné au microscope, ce liquide contient des globules rouges crénelés, déformés et de nombreux globules blancs. Il y a donc eu péricardite hémorrhagique. — Les surfaces pariétale et viscérale sont dépolies et recouvertes de nombreuses saillies papilliformes; ces dépôts fibrineux et productions néo-membraneuses sont généralisées sur tout le péricarde.

Le cœur ouvert on trouve les cavités droites saines, et les valvules tricuspide et pulmonaire suffisantes.

Dans le cœur gauche, la valvule mitrale, regardée par l'oreillette, semble saine, — le ventricule gauche ouvert montre l'existence de lésions étendues au niveau de l'orifice aortique.

Au-dessous de la valvule sigmoïde qui correspond à la cloison interventriculaire et de la valvule qui se continue avec une des valves de la mitrale, et entre ces deux valvules existe une production de nouvelle formation, un épaississement très-considérable qui répond à leur face inférieure : cette végétation, grosse comme une noisette, inégale, applique contre la paroi artérielle, la seconde de ces valvules; un courant d'eau montre qu'elle est perforée en deux points, la première ouverture peu considérable est située à quelques millimètres de son bord libre et répond à la partie moyenne; la deuxième, très-large, est déchiquetée et située au-dessous; elle est le point de départ d'une excavation considérable qui, d'un côté, s'enfonce vers la cloison interventriculaire, au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire et de l'autre, remonte le long de la paroi auriculaire, menaçant ainsi de s'ouvrir dans l'oreillette gauche, et dans le cœur droit, cette excavation contient des caillots rouges et un liquide rouge également qui a été examiné au microscope. Il contient un nombre très-considérable de globules blancs, trop considérable pour que la stase sanguine suffise à expliquer leur présence. — Il y a eu sans doute un abcès siégeant à la base de la valvule sigmoïde correspondant à la mitrale. — Il aura amené le dédoublement de la valvule, puis sa perforation.

Autour des lésions décrites ci-dessus, on voit des épaississements dus à une endocardite végétante, à la base de la face ventriculaire de la valve interne de l'orifice mitral et dans le nid de pigeon qui répond à la valvule sigmoïde interne. — Les deux orifices des artères cardiaques sont libres.

Le cerveau et les méninges sont sains.

Le foie sain, un peu congestionné, pèse 1650 grammes. — L'intestin très-rétracté est sain. — Les reins sont petits, l'un d'eux contient à la périphérie un infarctus jaunâtre, entouré de parties congestionnées. L'examen microscopique montre la dégénérescence graisseuse de la plupart des globules blancs qui forment cette masse caséeuse. — La rate petite, dure, contient 4 à 5 infarctus superficiels blanchâtres, entourés d'une zone d'un rouge foncé. — dans quelques points on trouve des signes d'une congestion interne localisée. Dans ces infarctus, les globules blancs se colorent par le carmin pour la plupart et n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse.

RÉSUMÉ. — Le malade a présenté des symptômes typhoïdes, puis des accès de fièvre avec frissons, comme dans la pyémie, en un mot les signes attribués à l'endocardite ulcéreuse. Les lésions consistent, au cœur, en un anévrysme valvulaire des sigmoïdes aortiques, en infarctus dans les organes abdominaux.

**8. Cirrhose annulaire multilobulaire chez un jeune homme de 21 ans; par A. Cossy et DÉJÉRINE, internes des hôpitaux.**

Le père du malade est mort d'une pneumonie aiguë : sa mère, d'une péritonite dont elle fut malade pendant deux jours. Ses frères et sœurs ne paraissent pas malades, et en somme, on ne trouve pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Quant à lui, il dit s'être toujours bien porté, n'avoir jamais toussé, ni craché de sang.

La maladie actuelle remonte au mois de septembre dernier. Il prit froid à cette époque là, se mit à tousser, à cracher un peu de sang et à maigrir : mais il continua à travailler jusqu'à son entrée dans notre service, le 20 décembre : on fait le diagnostic : *Tuberculose pulmonaire avec emphysème*.

Trois ou quatre jours après son entrée, on s'aperçoit que le malade enflé. L'œdème débute par les paupières, puis les jambes, et enfin, par les bras. On ne trouve pas d'albumine dans les urines.

*État du malade* au 1<sup>er</sup> janvier. — Le malade présente un œdème généralisé à tout le corps. L'urine contient de l'albumine dont la quantité devient de plus en plus manifeste jusqu'aujourd'hui, 28 janvier. L'examen de la poitrine fait constater la présence de souffle caveux au sommet droit. A partir de cette époque, le malade commence à vomir, et ces vomissements deviennent continus. L'examen du cœur ne fait constater la présence d'aucun souffle.

Le diagnostic le plus probable paraît être : tuberculose

pulmonaire compliquée d'une lésion rénale, probablement une dégénérescence amyloïde.

29 janvier. Œdème prononcé des 2 membres inférieurs, du scrotum, de la verge, de la moitié droite de la paroi abdominale et du tronc, du membre supérieur droit et de la face des 2 côtés. En résumé, tout le corps est œdématisé, sauf le bras gauche et la moitié gauche du tronc. L'urine contient une quantité considérable d'albumine. Le malade paraît avoir un peu d'ascite. Il a une oppression si considérable qu'on peut difficilement l'examiner. Il tousse continuellement, ses crachats sont sanglants, la poitrine est pleine de râles sous-crépitants et sibilants. On ne constate plus aujourd'hui au sommet droit le souffle tubo-caverneux qu'on y entendait.

A l'auscultation du cœur, M. Hérard croit entendre un souffle au premier temps et à la pointe, phénomène qui n'avait pas encore été constaté : le malade n'a cependant pas de palpitation, il n'en a jamais eu, il n'a jamais eu de rhumatisme non plus. Le pouls est régulier, rapide. Le malade vomit tous les jours d'une façon continue depuis le mois de janvier. Depuis sept ou huit jours, il a de la diarrhée. Il a pris du lait pendant quelque temps, mais il ne pouvait le supporter et le vomissait. L'oppression augmente de plus en plus et le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. — Le 31 janvier 1878, à 9 heures du matin. *Cavité thoracique.* Les 2 plèvres contiennent un épanchement séreux très-abondant : hydrothorax double sans pleurésie ; quelques adhérences aux 2 sommets, surtout à droite.

*Poumon droit.* Le sommet de cet organe présente les lésions de la broncho-pneumonie tuberculeuse, avec une dilatation cylindrique très-remarquable des bronches ; pas de cavernes. Ces lésions vont en diminuant en allant vers la base qui ne présente que de la congestion.

*Poumon gauche.* Mêmes lésions beaucoup moins avancées et pas de dilatations bronchiques. *Péricarde.* Épanchement séreux très-abondant sans péricardite. *Cœur.* Volume normal ; il n'est hypertrophié en aucune de ses parties ; les parois du ventricule gauche sont d'épaisseur ordinaire, les valvules aortiques sont saines. quant à la valvule mitrale, elle paraît moins souple à la pression et ses cordages tendineux plus blancs que normalement. (Y aurait-il là le début d'une affection valvulaire ?)

*Cavité abdominale.* Œdème des parois abdominales très-prononcé, ascite très-considérable. Pas de péritonite, pas de granulations tuberculeuses dans le péritoine. *L'estomac* est sain, quant à l'intestin, on trouve dans le jéjunum, dans l'iléon et surtout dans le cœcum quelques altérations confluentes,

paraissant de nature tuberculeuse et en certains points des granulations miliaries. La *rate* est *très-volumineuse*, rouge et ferme à la coupe. Son volume est double de celui qu'elle présente à l'état normal. Le *foie* est petit, atrophie, et présente un aspect extérieur tout à fait remarquable; sa surface est parsemée de nodosités, de petits mamelons, de coloration blanc-bleuâtre, durs, beaucoup plus volumineux que ceux de la cirrhose ordinaire.

La capsule de Glisson est blanche, épaissie; à la coupe le foie présente tous les caractères d'une cirrhose périlobulaire; le tissu hépatique rouge, est divisé en lobules plus ou moins grands, séparés les uns des autres par lames blanchâtres, de tissu fibreux, partant de la capsule de Glisson, et comprimant les flots de substance hépatique.

*Examen histologique.* — La dissociation à l'état frais dans le picro-carmin, montre que les travées qui sillonnent le tissu hépatique sont formées par du tissu conjonctif en faisceaux serrés les uns contre les autres, sans tissu embryonnaire, ce caractère permet déjà de supposer que l'on a affaire à une lésion déjà ancienne. Les cellules hépatiques ne présentent pas d'altérations appréciables.

Après durcissement dans la gomme et l'alcool, on peut, en faisant des coupes d'une certaine étendue, se rendre un compte exact de la nature de la lésion hépatique; comme l'examen à l'œil nu le faisait déjà supposer, on constate l'existence d'une cirrhose annulaire, mais, du reste, cette cirrhose annulaire se présente sous une forme particulière. Au lieu de se montrer comme dans la cirrhose commune, c'est-à-dire circonscrivant deux ou trois lobules hépatiques, les travées du tissu conjonctif entourent un nombre de lobules beaucoup plus considérable, nous en avons constaté jusqu'à dix et même davantage entourés par le même anneau du tissu conjonctif; cet anneau fibreux est constitué par du tissu conjonctif lamelleux, à lames serrées les unes contre les autres, se colorant très-lentement par le picro-carmin, en outre il ne présente pas de traces de tissu embryonnaire, tous caractères qui montrent que l'on a affaire à une lésion déjà ancienne et dont l'évolution est sinon arrêtée, tout au moins très-lente.

Dans l'intérieur de chacun de ces anneaux les lobules hépatiques apparaissent avec leurs caractères normaux, sauf ceux qui sont à la périphérie; ces derniers sont comprimés par l'hyperplasie conjonctive et sont réduits de volume.

Le même aspect s'observe sur toutes les coupes du foie, sur quelques-unes cependant on peut voir partir de la face interne des anneaux fibreux que nous venons de décrire, des travées conjonctives pénétrant dans les interstices des lobules à une

distance plus ou moins grande, nous avons là évidemment affaire à un degré plus avancé du processus, la cirrhose tend à devenir lobulaire. Toutefois, même dans ces points, le tissu conjonctif hyperplasié présente, comme l'anneau dont il n'est que le prolongement, les caractères indiqués plus haut qui montrent que l'on a affaire à un processus très-lent dans son évolution.

Dans tous nos examens le parenchyme hépatique ne nous a pas présenté d'altérations manifestes, pas plus que les canaux biliaires, mais il n'en est pas de même des rameaux de la veine porte.

Leurs parois étaient fortement augmentées d'épaisseur, l'hyperplasie portait surtout sur la tunique externe qui se confondait avec le tissu conjonctif des anneaux péri-lobulaires, caractère qui paraît indiquer l'origine vasculaire de l'affection.

*Reins.* — Les reins présentaient, au microscope, les lésions de la néphrite parenchymateuse, au début de la période de dégénérescence graisseuse.

Les épithéliums, troublés et gonflés, contiennent des granulations réfringentes qui, sur quelques préparations, se colorent en noir par l'acide osmique.

Sur les coupes de la substance corticale on constate une dilatation considérable des vaisseaux et un certain degré de dilatation des tubes contournés.

**RÉFLEXIONS.** — L'altération hépatique que nous venons de décrire nous paraît intéressante à deux points de vue; la nature de la lésion, et l'âge du malade.

Pour ce qui est de la nature de la lésion, il est de toute évidence que l'on a affaire à de la cirrhose commune et que l'on peut éliminer la cirrhose biliaire et la cirrhose syphilitique au premier examen microscopique, c'est une cirrhose péri-lobulaire. L'intérêt du cas actuel nous paraît consister dans la topographie de la lésion conjonctive. A l'œil nu, comme nous l'avons déjà dit, la surface du foie paraissait lobulée, chacun de ces lobules du volume d'une noisette à celui d'un marron, était nettement séparé de ses voisins par une dépression semblable à une cicatrice superficielle, peu profonde: sur les coupes, le même aspect se produisait, le foie paraissait divisé en un grand nombre de petites loges conjonctives contenant chacune un nombre plus ou moins grand de lobules hépatiques. Si à l'œil nu la surface mamelonnée du foie pouvait faire penser à la syphilis, le doute n'était plus possible à l'examen microscopique, sans parler du peu d'étendue en profondeur des dépressions de la surface de l'organe et de l'absence des gommès dans son parenchyme, l'absence de l'infiltration



nucléaire intra-lobulaire, inter-cellulaire, caractéristique de l'hépatite syphilitique, suffirait pour rejeter complètement cette hypothèse.

Nous croyons pouvoir conclure d'après l'examen histologique à l'existence d'une cirrhose annulaire, multilobulaire dont les granulations atteignaient des dimensions insolites, forme de cirrhose, assez rare.

Le malade était âgé de 21 ans et c'est là une circonstance, qui, pendant la vie, avait fait plutôt éloigner l'idée d'une cirrhose, l'hépatite interstitielle, à part les cas de syphilis congénitale; est à peu près inconnue dans l'enfance et exceptionnelle dans la jeunesse. L'un de nous a cependant observé, en 1875, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de cirrhose chez un malade âgé de 17 ans, l'affection s'était montrée avec son cortège de symptômes habituels, le diagnostic était néanmoins resté douteux, à cause de l'âge du malade; l'autopsie vint lever tous les doutes et l'examen microscopique fit constater une cirrhose annulaire, monolobulaire d'origine veineuse, sans lésions appréciables de l'appareil biliaire.

**9. Note sur la pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie; par F. BALZER, ex-interne des hôpitaux.**

En examinant récemment un certain nombre de poumons d'enfants, morts du croup, après avoir subi la trachéotomie, j'ai été frappé de la grande quantité de poussières et de corps étrangers qu'ils renfermaient. Dans certains poumons on en voit tellement que les coupes paraissent noires comme celles d'un poumon rempli d'anthracose. Ces corps étrangers ont pénétré dans les différentes parties du lobule et forment même, dans différents points, de véritables blocs qui remplissent la cavité alvéolaire presque tout entière. En regardant les coupes avec un faible grossissement, on voit que leur distribution est évidemment en rapport avec le trajet des bronches. Elles ont rempli d'abord ces canaux et pénétré dans l'exsudat, puis, traversant les parois des bronchioles, elles se sont répandues dans les alvéoles voisins et jusque dans la paroi des vaisseaux. Elles pénètrent en même temps jusque dans le fond du lobule. Les corps étrangers les plus volumineux sont libres et isolés, les plus petits pénètrent dans le protoplasma des cellules. Suivant les cas, la quantité de ces corps étrangers est variable. Je les ai vus surtout très-abondants dans trois poumons d'enfants morts, l'un 48 heures après l'opération, les deux autres au bout de 36 heures, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Cadet de Gassicourt. Depuis, je les ai constatés, mais moins nombreux, dans trois autres cas.

D'ailleurs, l'examen macroscopique aurait pu peut-être faire reconnaître la présence de ces corps étrangers. Plusieurs fois, en faisant des autopsies, j'avais remarqué un certain état granité que j'avais mis sur le compte des lésions congestives. Mais quand le poumon est débarrassé du sang qui s'écoule des vaisseaux et surtout quand il a macéré quelque temps dans l'alcool, on voit parfaitement les blocs noirâtres ressortir sur la coupe.

Quelle est la cause de l'introduction de ces corps étrangers ? Je crois qu'il ne faut pas aller la chercher ailleurs que dans la présence de la canule. Peut-être la rigidité des bronches tapissées de fausses membranes favorise-t-elle dans une certaine mesure leur pénétration. Mais c'est la canule qu'il faut surtout incriminer : elle supprime le tamisage de l'air qui s'opère dans le passage à travers la bouche, les fosses nasales et le larynx. L'enfant se trouve donc à peu près dans les mêmes conditions qu'un animal chez lequel on aurait amené la paralysie du larynx par la section du récurrent.

Il est bon de faire observer que la pénétration de ces corps étrangers doit se faire probablement avec plus d'intensité à certains moments qu'à d'autres. Outre l'état de l'atmosphère plus ou moins poussiéreuse de la chambre, il faut noter l'état de la canule : lorsque l'enfant va mal, celle-ci devient sèche et rien ne peut arrêter le passage des corps étrangers auquel doivent s'opposer, dans une certaine mesure, les mucosités.

Que deviennent ces corps étrangers ? Quels sont leurs effets sur le parenchyme pulmonaire ? La réponse à cette seconde question ne peut être douteuse. Il est évident qu'ils peuvent provoquer des lésions inflammatoires ; mais il est toujours difficile d'apprécier l'étendue et l'intensité de celles-ci. Dans les expériences de Friedländer et de M. le professeur Charcot, nous voyons la pénétration des corps étrangers amener très-promptement des accidents inflammatoires. Mais, dans les cas dont il s'agit, il y a un élément de plus, la bronchite diphthérique qui s'accompagne dans l'immense majorité des cas d'inflammations lobulaires. La part de ces deux causes d'irritation est, par conséquent, difficile à déterminer. Ce que je dois dire, c'est que j'ai rencontré plusieurs fois les noyaux d'hépatisation lobulaire tantôt au milieu des corps étrangers, tantôt dans des régions où ils n'avaient pas pénétré.

On peut également se demander si certains accidents consécutifs à la trachéotomie ne peuvent pas être attribués à cette cause, si des broncho-pneumonies tardives ou d'autres affections inflammatoires du poumon ne peuvent pas succéder à l'introduction de ces particules irritantes. C'est une question à étudier, ainsi que l'absence ou la pénétration des corps

étrangers, dans les cas de croup non opérés, et dans les diverses maladies qui peuvent entraver le fonctionnement de la glotte.

Il sera évidemment encore plus utile de s'opposer, dans la mesure du possible, à l'introduction de ces corps étrangers. Leur présence montre bien la nécessité des cravates qui doivent avoir pour but non-seulement de réchauffer l'air inspiré par la canule, mais aussi de s'opposer au passage des impuretés qu'il contient. Les anciens l'avaient d'ailleurs préconisée pour cela, et les faits que je rapporte montrent que Trousseau a eu tort de considérer leurs craintes comme chimériques.

Il y a même une certaine importance à faire un choix dans les étoffes qu'on peut employer, afin d'éviter que ces cravates ne fournissent elles-mêmes leur contingent de corps étrangers.

Pendant le nettoyage des salles qui doit se faire avec une grande régularité, il sera prudent de couvrir plus efficacement le cou des enfants qu'on ne le fait aux autres heures de la journée. Enfin, je signale ici un moyen qui peut rendre des services au moment où la canule se sèche et qui m'a été indiqué par mon collègue et ami Carrié, interne des hôpitaux. Il consiste à écouvillonner de temps en temps la canule avec un corps gras, de l'huile par exemple, capable d'arrêter les corps étrangers. Ce moyen n'empêchera pas d'ailleurs les injections qu'on fait habituellement et qui apportent un réel soulagement aux malades.

---

*Séance du 8 février 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

40. — M. WEISS présente le cerveau d'un homme atteint au crâne par un éclat de meule. Quand on apporta ce blessé à l'hôpital on constata simplement qu'il avait une plaie avec esquilles au niveau de la région frontale gauche. Pendant les trois premiers jours, l'intelligence resta lucide, et il ne se produisit aucune paralysie; mais à partir du troisième jour, on constata

une hémiplégie avec contracture du côté droit, avec aphasie, puis le coma survint et le malade mourut. A l'autopsie on trouva un foyer de contusion à la partie antérieure des lobes frontaux avec des plaques de méningite suppurée au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes gauches. L'observation n'a pas été remise.

**41. Luxation du métatarse sur le tarse en dehors (complète) et en haut (incomplète). Fracture de l'extrémité supérieure du deuxième métatarsien; par M. ABBADIE-TOURNÉ, interne des hôpitaux.**

Le nommé X..., charretier, déchargeait mercredi 6 février 1878, une charrette à bascule, lorsque son pied droit se trouva pris sur la traverse de derrière. M. Després l'examina le jeudi matin, le pied se trouvait dans une attitude vicieuse et offrait l'aspect suivant :

Le métatarse est fortement déjeté en dehors sur le tarse formant avec ce dernier un angle aigu ouvert en dehors. — L'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme est largement ouverte à sa partie interne. Les extrémités postérieures des métatarsiens forment une légère saillie à la face dorsale du pied, il existe de la crépitation au niveau du deuxième métatarsien. Ajoutons que, depuis l'instant de l'accident jusqu'à son entrée à l'hôpital, le malade a perdu une quantité considérable de sang provenant de la plantaire interne. L'hémorrhagie a cédé à une compression énergique du pied.

En présence de ces délabrements M. Després jugea la conservation du pied à peu près impossible et pratiqua, séance tenante, l'amputation sous-astragaliennne.

La dissection du pied a montré : Une déchirure complète des ligaments articulaires des quatre dernières articulations métatarso-tarsiennes, — une déchirure incomplète des ligaments de la première articulation métatarso-tarsienne, — une fracture complète du deuxième métatarsien siégeant à un centimètre au-dessous de son extrémité postérieure, — un arrachement d'une partie de l'extrémité postérieure du troisième métatarsien, — une fracture intra-articulaire du quatrième métatarsien.

L'étude de ces lésions vient confirmer une fois de plus l'idée émise par Malgaigne, à savoir : que la luxation en masse du métatarse sur le tarse en dedans ou en dehors est impossible en l'absence d'une fracture préalable de l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien ou de sa luxation préalable en haut. — L'enclavement du deuxième métatarsien dans la

mortaise formée par les trois cunéiformes semble, en effet, nécessiter pour son déplacement direct en dehors ou en dedans l'une ou l'autre des lésions précitées. — Il existe néanmoins (Follin, — path. externe) une observation de Mignot-Danton dans laquelle le deuxième métatarsien s'était luxé directement en dehors avec les autres métatarsiens. — Mais, dans ce cas, le mécanisme est spécial. — Le métatarse subit un double mouvement d'élongation et de torsion de dedans en dehors qui a pour effet d'éloigner les surfaces articulaires tarso-métatarsiennes après la rupture successive de tous les ligaments articulaires, ce qui permet à l'extrémité postérieure du deuxième métatarsien de sortir de sa mortaise et de se luxer directement en dehors.

Dans l'observation qui nous occupe il existait bien une déchirure des ligaments articulaires des quatre derniers métatarsiens, mais le premier métatarsien était encore uni au premier cunéiforme par les fibres ligamenteuses assez résistantes, de telle sorte que, si la luxation en dehors des quatre derniers métatarsiens était complète, celle du premier n'était qu'incomplète. — Le premier métatarsien et le premier cunéiforme étaient donc suffisamment maintenus en contact pour qu'il fût impossible au deuxième métatarsien de sortir de sa mortaise et de se luxer directement en dehors sans fracture préalable. — Telle est la conclusion qui nous paraît ressortir de l'examen de la pièce.

**12. Tuberculose péritonéale et pleurale. — Traumatisme antérieur — Difficultés du diagnostic ;** par GÉRARD MARCHEAND, interne des hôpitaux.

La malade dont j'ai l'honneur de présenter les pièces anatomiques à la Société, était âgée de 36 ans, concierge, et ne présentait aucun antécédent pathologique. — Régliée à 16 ans. — Sept enfants vivants. — Il y a trois semaines, en portant du bois, elle fit une chute dans un escalier : elle tomba sur l'abdomen, et ne tarda pas à éprouver, dans la région abdominale et dans la jambe gauche, des douleurs vives : son ventre augmenta de volume, et la malade dut garder le lit. — Elle éprouva de la fièvre, des vomissements et son état ne s'amendant pas elle entra à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Brouardel. On constata alors une tuméfaction abdominale, un épanchement ascitique peu considérable. — La pression révélait les douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

L'examen des autres organes ne donna aucun renseignement. Pas d'épanchement dans les plèvres. Rien au cœur. Rien dans les poumons. Les urines n'étaient pas albumineuses. La

température oscillait entre 37 et 39, avec une régularité presque constante.

Le chef de service pensa alors à une péritonite traumatique avec léger épanchement abdominal. — Le traumatisme était attesté par des ecchymoses dont la malade portait encore les traces sur la paroi abdominale et au niveau du genou. Pendant quelques jours aucun incident ne se présenta : voici la température de la malade à ce moment :

|                                   | <i>Matin.</i> | <i>Soir.</i> |
|-----------------------------------|---------------|--------------|
| 23 décembre.....                  | »             | 38°,4        |
| 24 —                              | 37°,8         | 39°,2        |
| 25 —                              | 37°           | 39°          |
| 26 —                              | 37°,1         | 39°          |
| 27 —                              | 37°,8         | 38°,4        |
| 28 —                              | 37°,5         | 39°          |
| 29 —                              | 37°,8         | 39°,2        |
| 30 —                              | 37°,8         | 39°,3        |
| 31 —                              | 37°,8         | 38°,4        |
| 1 <sup>er</sup> janvier 1878..... | 37°           | 39°          |
| 2 —                               | 36°,8         | 38°,2        |
| 3 —                               | 37°           | 39°,2        |
| 4 —                               | 37°,4         | 38°,2        |

*4 janvier.* — Pour la première fois la malade, qui jusque là avait vomi et avait été constipée, fut prise de diarrhée.

*5 janvier.* — Le côté droit de l'abdomen devient saillant : la paroi abdominale était légèrement oedématisée.

L'ascite était toujours manifeste. — Pas d'oedème des jambes. 37°,2. — Soir, 39°,3.

*6 janvier.* — La malade a eu un accès de suffocation dans la soirée. — Vomissements persistent.

On constate de la submatité du côté gauche de la poitrine et à l'auscultation des râles sous-crépitaux (oedème pulmonaire). 38°,8. — Soir, 38°,2.

*7 janvier.* — Nouvel accès d'oppression. — Persistance des vomissements. — Matité abdominale à droite. — Sonorité à gauche. 37°,8. — Soir, 38°,4.

*8 janvier.* — La malade perd ses urines et cela depuis deux jours. 38°,2. — Soir, 38°,4.

*9 janvier.* — La malade tousse beaucoup. — Submatité à gauche. — Vibrations thoraciques diminuées. — Pas d'égophonie. — Râles sous-crépitaux à la base droite. — Un verre d'eau de Sedlitz. 38°,4. — Soir, 40°,4.

*10 janvier.* — Tous les signes d'un épanchement pleurétique à gauche. 38°,6. — Soir, 40°,2. Potion Todd avec 0,10 cent.

extrait thébaïque. A partir de cette époque la malade présente une oppression extrême.

11 janvier. — Œdème de la paroi abdominale augmenté. — Persistance de l'ascite. 38°,8. — Soir, 40°.

12 janvier. — Souffle persiste à gauche. 38°,8. — Soir, 40°.

13 janvier. — 38°,6. — Soir, 38°,3.

14 janvier. — 38°,4. — Soir, 38°,4.

15 janvier. — On constate un œdème rétro-lombaire. — Toute la région costo-iliaque est déformée et bombe. — Mais si la percussion révèle un peu de submatité à gauche, à droite elle révèle une sonorité profonde. — 37°,8. 29°. En présence de ces signes, de cet épanchement pleurétique, M. Brouardel pencha à un abcès rétro-péritonéal, peut-être dans la région péri-rénale gauche, ayant produit consécutivement une pleurésie. Ce qui vint corroborer ce diagnostic c'est que la malade rendit le 16 janvier des selles qui contenaient une matière purulente. — L'examen microscopique de ce liquide ne fut pas fait). — Pectoriloquie aphone persiste.

16 janvier. — 37°,8. — Soir, 38°,6.

17 janvier. — 37°,4. — Soir, 38°,3.

18 janvier. — 37°,2. — Soir, 38°,4.

19 janvier. — L'épanchement est tel, et donne lieu à des accès de dyspnée si intense que M. Brouardel se décide à intervenir. — Une ponction est pratiquée à gauche du thorax, au lieu d'élection, avec l'appareil Potain. — On releva deux litres et demi d'un liquide citrin. — La respiration s'entendit fort bien après cette ponction. Température avant la ponction, 37°,2. — Après la ponction, 36°,7. — Soir de la ponction, 39°,4. — Le liquide avait une densité de 1017. — La malade éprouva une grande amélioration. — Persistance des vomissements.

|                 | <i>Matin.</i> | <i>Soir.</i> |
|-----------------|---------------|--------------|
| 20 janvier..... | 37°,4         | 38°,4        |
| 21 —            | 37°           | 38°          |
| 22 —            | 36°,2         | 38°          |
| 23 —            | 36°,4         | 38°          |
| 24 —            | 37°,2         | 38°,4        |
| 25 —            | 36°,8         | 38°,4        |
| 26 —            | 37°,2         | 38°          |

27 janvier. — Le liquide s'est reproduit, et la malade est dans le même état qu'avant la ponction, mais l'état général est plus grave. — Œdème pulmonaire à droite. Infiltration œdémateuse des jambes, de la paroi abdominale, des régions costo-iliaques.

28 janvier. — 37°,4. — 38°,2.

29 janvier. — La malade refuse toute espèce de nourriture à cause de ses vomissements. — Les accès d'oppression se rapprochent. 37°,6. — Soir, 38°,2.

30 janvier. — Pour la première fois, albumine dans les urines. 37°,4. — Soir, 37°,4.

31 janvier. — 37°,2. — Soir, 38°,2.

1<sup>er</sup> février. — 36°,6. — Soir, 37°,4.

2 février. — 36°,2. — Soir, 37°,3.

3 février. — La malade meurt asphyxiée. T. 36°,4.

AUTOPSIE.—À l'ouverture de la *cavité péritonéale*, il s'écoule un liquide jaunâtre, non visqueux, sans flocons et sans mélange de matières purulentes; la cavité péritonéale ne présente pas de loges, elle est indemne de toute adhérence, les anses intestinales ne sont même pas agglutinées.

En recherchant avec soin les traces d'un foyer purulent localisé, soit dans les fosses iliaques, soit dans le voisinage des reins, pour expliquer la présence de l'albumine et les évacuations fécales, on n'en trouve aucune trace; rien dans le voisinage du foie.

La *surface intestinale* est couverte d'un semis de granulations isolées, de la grosseur d'un grain de millet, se détachant toutes isolément sur le fond rosé de l'intestin; elles sont à peu près également espacées et également nombreuses sur toutes les parties du feuillet viscéral, plus abondantes sur le feuillet pariétal. Au voisinage de l'utérus elles ne sont pas plus développées qu'ailleurs. Pas d'adénopathie mésentérique manifeste. Le *foie* est très-hypertrophié également dans toutes ses parties; sa surface est couverte de granulations en flots; il a tous les caractères du foie muscade. Péri-hépatite. La *rate* est volumineuse. Péricapnité des plus accusées. Les *reins* ne présentent rien de manifestement pathologique. Rien à l'*utérus*.

*Thorax*.—Du côté gauche, à l'ouverture de la *cavité pleurale*, il s'écoule un liquide jaunâtre, très-abondant, ayant les caractères de coloration et de limpidité du liquide péritonéal, avec cette différence cependant, qu'il est traversé par de fausses membranes, allant transversalement d'un feuillet à l'autre, et présentant l'aspect de grandes toiles d'araignée déchiquetées et comme lacérées.

Le *poumon* gauche est repoussé par le liquide, aplati, ratatiné, revenu sur lui-même, couvert d'une coque très-épaisse de fausses membranes, fibreuses à la coupe, englobant tout le tissu pulmonaire, d'une façon à peu près uniforme et semblant présenter des granulations. L'examen fait dans le laboratoire de M. Vulpian, par notre ami, M. Mayor, a révélé des granu-



lations *limitées à la plèvre*. A la coupe, le poumon gauche est absolument atelectasié. Le poumon droit est crépitant, très-congestionné. Pas de granulations (examen histologique). Pas de ganglions vers le hile. Les deux poumons ne présentent aucune trace de granulations, aucune trace de caséification, aucune trace d'anciennes lésions. Le *péricarde* contient plus de liquide qu'à l'état normal ; ce liquide est légèrement rosé et ressemble assez au liquide de l'hydro-péricarde. Pas de fausses membranes, ni de villosités.

Il ne semblait pas y avoir de communication entre la cavité pleurale et la cavité péritonéale. Il a été impossible de retrouver, à travers le diaphragme, rien qui pût expliquer cet propagation.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Quel rapport peut-on établir entre le traumatisme et le développement de ces granulations. L'étiologie est ici des plus nettes et on peut se demander, avec M. Brouardel, si ce traumatisme n'a pas éveillé, en quelque sorte, la susceptibilité tuberculeuse de la malade. Il est probable qu'il y a eu une relation étroite entre l'ascite et le développement de la pleurésie; l'une a été consécutive à l'autre ; mais il nous a été impossible de retrouver matériellement le trait-d'union.

Pourrait-on éviter une erreur de diagnostic ?

Le diagnostic de péritonite traumatique était basé sur les symptômes observés à l'entrée ; plus tard on songea à un abcès rétro-péritonéal, l'œdème costo-iliaque, la matité à ce niveau (péri-splénite), les accès de fièvre, les selles qui semblaient purulentes, l'apparition d'une pleurésie, l'albumine dans les urines, plaidaient en faveur d'une telle opinion. Nous ne croyons donc pas qu'il fût possible de faire un diagnostic raisonné. Cependant faisons remarquer que les oscillations de température, l'aggravation rapide de la maladie, les alternatives de diarrhée et de constipation, appartiennent à la tuberculisation.

### **43. Anatomie pathologique de la pleurésie hémorrhagique ;** par le docteur R. MOUTARD-MARTIN.

La pleurésie hémorrhagique présente trois variétés principales : elle peut être simple, tuberculeuse ou cancéreuse. Dans ces différents cas, l'hémorrhagie est due, presque constamment à la formation de néo-membranes vasculaires par un mécanisme analogue à celui qui préside à leur développement dans les autres séreuses (arachnoïde, vaginale, péricardite).

Dans la pleurésie hémorrhagique simple, les néo-membra-

nes occupent un siège qui est souvent déterminé par l'existence d'une lésion pulmonaire sous-jacente (pneumonie apoplexie pulmonaire). Quand il y a une affection pulmonaire concomitante, le liquide n'est pas d'ordinaire assez abondant pour avoir nécessité la ponction ; celle-ci est, au contraire, assez souvent indiquée par l'abondance de l'épanchement, lorsque la phlegmatie pleurale existe seule.

Dans la pleurésie hémorrhagique tuberculeuse, (qui se rencontre *seulement dans le cas de tuberculose miliaire*), les granulations occupent un siège variable; elles sont situées tantôt dans l'épaisseur de la plèvre (méninges), tantôt à la surface de la plèvre, dans les néo-membranes, tantôt dans le parenchyme pulmonaire, à une profondeur variable, mais toujours il existe des néo-membranes vasculaires, auxquelles il faut attribuer la production de l'hémorrhagie. Le liquide est d'ordinaire peu abondant, ainsi que cela se voit d'ordinaire, dans les phlegmaties tuberculeuses des séreuses, et par suite la ponction est rarement indiquée.

La pleurésie hémorrhagique cancéreuse serait plus fréquente que les auteurs ne semblent l'indiquer. M. Moutard-Martin pense que l'attention étant attirée sur ce point (1), on reconnaîtra que, dans la plupart des faits de cancer pleuro-pulmonaire, l'existence d'un liquide pleural hémorrhagique, doit être rapportée à une véritable pleurésie, car on constatera le développement de néo-membranes vasculaires, qui entourent les productions néoplasiques et auxquelles il faut rattacher la production de l'hémorrhagie. L'épanchement est en général abondant et la ponction est souvent indiquée. A l'autopsie, il n'est pas rare de trouver la plèvre cloisonnée, disposition tout à fait exceptionnelle dans les variétés simples et tuberculeuses. Cette disposition multiloculaire des néo-membranes explique la diminution progressive du liquide évacué dans les ponctions successives qui sont indiquées par la reproduction rapide de l'épanchement, elle paraît due aux frottements que les feuillets rugueux de la plèvre cancéreuse peuvent exercer l'un sur l'autre, après l'évacuation du liquide, de façon à provoquer le développement d'une phlegmasie néo-membraneuse qui aboutit au cloisonnement.

---

(1) R. Moutard-Martin. *Études sur les pleurésies hémorrhagiques*. Th. Paris, 1878.

**14. Symphyse cardiaque. — Pneumonie;** par GIROU, interne provisoire.

Le malade passe de sa salle à l'infirmierie, à cause d'un délire violent dont il est atteint depuis quelques heures et qui l'a pris brusquement. Il tousse déjà beaucoup depuis 3 ou 4 jours. Tels sont les seuls renseignements que l'on peut avoir sur ses antécédents.

*24 janvier.* Le malade, assis sur son lit, ne se couche jamais complètement, et veut, par moments, se lever et sortir. Il ne répond pas ou répond mal aux questions qu'on lui fait et n'accuse aucune douleur. Il est pâle sans avoir de teinte asphyxique. L'examen du cœur dénote, à la palpation, des battements affaiblis non proportionnés au pouls. La pointe, légèrement relevée, bat sous la région mammaire. Ni augmentation, ni modification appréciable de la zone de matité précordiale.

A l'auscultation, les bruits se succèdent régulièrement.

Mais à la base, le premier bruit a un timbre très-rude, et le second est remplacé par un souffle se prolongeant sous la clavicule et paraissant dû à une lésion aortique.

A la pointe, les deux bruits sont normaux comme timbre, mais le premier temps présente un redoublement, et s'entend un peu à gauche et près du mamelon.

L'examen de la poitrine dénote de la submatité dans la base droite, et à l'auscultation on trouve un souffle tubaire, doux, lointain, accompagné de bouffées de râles fins à l'inspiration. Le nombre des mouvements respiratoires est augmenté. La toux est peu fréquente. L'expectoration a la teinte rougeâtre et tous les caractères des crachats pneumoniques. T. 38°,2. La langue est sèche. Le malade, sans appétit, prend à peine un peu de bouillon et de lait. Incontinence des matières fécales et de l'urine. Les membres inférieurs sont œdématisés dans toute leur étendue. — *Traitement.* Injection de chlorhydrate de morphine, 0,01 centigr. Julep diacodé avec kermès, 0,30 centigr.

*24 janvier, au soir.* Le malade, endormi quelques minutes après l'injection sans avoir vomé, dort encore profondément, mais sans troubles des mouvements du cœur ni de la respiration.

*25 janvier.* Le délire a recommencé dans la nuit. Mêmes signes physiques. M. Ferrand fait le diagnostic : pneumonie avec insuffisance aortique. Il émet l'opinion d'une symphyse cardiaque concomitante que le manque d'antécédents empêche d'affirmer. Même traitement, sauf l'injection remplacée par

une pilule d'extrait thébaïque, 0,05 centigr. L'agitation continue toute la journée et est surtout violente dans la première partie de la nuit.

26 janvier. Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE le 27, à 10 heures. — Rigidité cadavérique. *Cœur* adhérent dans toute son étendue au péricarde surtout au niveau des cavités ventriculaires gauches par l'intermédiaire de fausses membranes épaissies, anciennes, permettant un décollement assez facile au niveau de la face postérieure et du bord droit. Les adhérences sont plus intimes sur le bord gauche et à la face postérieure. Dilatation de la crosse aortique avec plaques athéromateuses, saillantes à la face interne sur tout son pourtour.

Les valvules aortiques athéromateuses en partie adhérentes par leur bout, sont manifestement insuffisantes et devaient ainsi amener un rétrécissement du conduit. A peu près vidé des caillots, le cœur pèse, avec la partie du péricarde qui le supporte, 550 grammes.

*Poumons* emphysémateux. Hépatisation rouge du lobe inférieur droit. Plèvres saines. *Foie* légèrement congestionné, non augmenté de volume. *Encéphale et méninges* complètement sains.

15. Note sur un cerveau d'amputé, — Amputation de la jambe au lieu d'élection, remontant à trente ans ; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Panserou, 61 ans, ébéniste, a reçu, en 1848, un coup de feu dans la jambe gauche, qui a nécessité l'amputation du membre blessé ; celle-ci fut faite au lieu d'élection, par Jarjavya : il y a donc trente ans que le sujet a été amputé, quand il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, n° 6 (service de M. OULMONT), le 8 janvier 1878.

Signes de tuberculose pulmonaire au second degré. Antécédents alcooliques ; le membre amputé ne paraît pas offrir une grande différence de volume avec le membre sain, d'ailleurs l'émaciation est générale et aucune mensuration n'a été prise. Le malade, épuisé par ses anciens excès alcooliques, qu'il avoue franchement, voit sa lésion pulmonaire évoluer avec une assez grande rapidité, et meurt, le 7 février, un mois après son entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE, le 8 février 1878. — Les *poumons* offrent des cavernes et des lésions tuberculeuses à des degrés divers, sur lesquelles nous n'insistons pas.

*Cerveau*. — Après l'ablation de la voûte du crâne, l'encéphale, encore recouvert par les membranes d'enveloppe, offre

un aspect normal, et ses deux parties latérales, régulièrement disposées, paraissent bien symétriques par rapport à la ligne médiane indiquée par la direction du sinus longitudinal supérieur. La dure-mère incisée à droite et à gauche, on remarque qu'il s'écoule, du côté droit, une quantité de liquide notablement plus considérable que du côté gauche, et on peut voir facilement, même avant d'enlever le cerveau, que l'hémisphère correspondant est moins long que celui du côté opposé, il reste, en effet, à une plus grande distance de l'occipital en arrière, tandis que la limite antérieure des deux, est sensiblement sur le même plan. La différence entre les deux hémisphères est encore bien visible, quand le cerveau est placé sur la table. A première vue et avant toute mensuration, elle paraît exister surtout en longueur et porter principalement sur la partie postérieure du sillon de Rolando. L'hémisphère droit, mesuré dans le sens de sa plus grande longueur, a onze millimètres de moins que le gauche (mensuration prise au-dessus du corps calleux, le long de la scissure inter-hémisphérique.) Point de tassement apparent d'aucune circonvolution : la pariétale ascendante droite ainsi qu'un petit pli, qui limite supérieurement le sillon de Rolando, semblent d'abord manifestement moins volumineux que ceux du côté opposé, mais si on prend comparativement et en plusieurs points leur épaisseur entre les deux pointes d'un compas, on voit que la différence est minime, et comme les deux circonvolutions de même nom ne présentent pas de chaque côté une disposition identique, ces différences, contrairement à ce que l'on pouvait croire à première vue, sont négligeables. Pour obtenir entre les deux côtés une différence sensible, il faut mesurer une étendue plus considérable qu'une circonvolution isolée. C'est ainsi que l'espace qui s'étend du sillon pré-rolandique à la scissure perpendiculaire externe, mesure sept millimètres de moins, à droite qu'à gauche.

Tel est le résultat de la mensuration faite immédiatement après l'autopsie ; le lendemain, nous avons pratiqué de nouveau plusieurs fois toutes ces mensurations et nous n'avons plus trouvé qu'une différence de 3 mill. au lieu de 7. Le cerveau avait-il subi un léger tassement ? Y avait-il eu d'abord une erreur ? Nous avons cru devoir rapporter ces deux chiffres.

En considérant les hémisphères par leur face interne, on voit que l'atrophie qui existe à droite porte sur la moitié postérieure (l'aspect de la face externe nous avait déjà fourni la même impression) et plus particulièrement sur le lobule paracentral et le lobe carré.

La hauteur des hémisphères droit et gauche, au-dessus du

corps calleux, est la même, et un plan horizontal, tangent à la surface courbe décrit par l'un, le serait aussi à celle décrite par l'autre. — Poids : hémisphère droit, 480 gr.; hém. gauche, 475 gr.

*Cervelet* symétrique, sans atrophie croisée avec celle que présente le cerveau. — *Bulbe*, configuration extérieure normale, sans différence apparente sur l'une ou l'autre moitié.

*Moelle*. — L'examen histologique de la moelle ainsi que celui de deux petites tumeurs (terminaisons du sciatique poplité interne et externe dans le moignon), fait par notre collègue, M. Déjérine, dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian, sera publié ultérieurement; mais nous pouvons dire, dès maintenant, que la moelle est très-asymétrique, et que, au point de vue macroscopique, la moitié gauche (côté correspondant au membre amputé) est d'un tiers moins volumineuse que la moitié opposée; sur dix moelles d'amputés, examinées par M. Déjérine, dans aucun cas la différence, entre les deux parties de cette organe, n'a atteint une proportion aussi considérable que celle que nous venons d'indiquer.

Au moment où l'on étudie avec soin les modifications que peuvent entraîner dans la forme et le volume des circonvolutions correspondantes, les amputations des membres, cette observation nous a paru intéressante à produire. Dans le cas qui précède, on avait affaire à un amputé, amputé de la jambe depuis trente ans, c'est-à-dire depuis un laps de temps suffisamment long pour que des modifications aient pu se produire. En effet, à l'autopsie, on a trouvé, du côté opposé au membre supprimé, une atrophie du cerveau, appréciable certainement; mais, en somme, peu considérable, et qu'il n'a pas été possible de *localiser* plus spécialement dans la partie du cerveau que l'on regarde aujourd'hui comme présidant aux fonctions du membre inférieur, il a été nécessaire pour trouver une différence appréciable à la mensuration entre le côté sain et le côté atrophie, de faire porter celle-ci sur une région relativement étendue. Ce cas viendrait donc à l'appui de l'opinion exposée dans une note lue récemment à la Société de biologie (Féré, janvier 1878), et où l'on a cherché à établir que la doctrine des localisations cérébrales, ne peut encore aujourd'hui trouver une confirmation aussi évidente dans les faits de la nature de celui que nous venons de rapporter, que celle qui résulte de l'étude des lésions destructives en foyer.

En outre, on peut dire qu'il n'y a pas de corrélation entre l'atrophie de la moelle et celle du cerveau; en effet, tandis que les deux moitiés de la moelle sont entrées dans une proportion approximativement de 4 à 3, si l'hémisphère droit est

atrophie, il l'est dans des proportions très peu considérables, et le bulbe, par son aspect extérieur, ne paraissait pas différer d'un bulbe normal.

Une dernière particularité sur laquelle l'attention mérite d'être attirée, est celle relative au poids des hémisphères qui semblent avoir subi une atrophie; ordinairement on ne la signale point; M. Landouzy a rapporté un fait (*Société anatomique, avril 1877*) dans lequel l'hémisphère gauche, chez un individu ayant une atrophie du membre inférieur droit à la suite d'un traumatisme, pesait 19 grammes de moins que celui du côté opposé. Chez notre sujet (abstraction faite de la légère différence, 5 grammes, constatée au profit de l'hémisphère atrophié, et pouvant tenir à ce que la coupe des deux moitiés du cerveau, n'a pas été rigoureusement symétrique), il est permis de dire que les deux hémisphères pesaient le même poids; cette circonstance imprévue pourrait-elle faire penser que c'est à un tassement de la substance cérébrale, ainsi que le voudraient quelques-uns, plutôt qu'à une disparition d'éléments, qu'est dû l'aspect présenté par les cerveaux d'amputés? Dans ce cas, l'atrophie serait bien plus apparente que réelle; quoi qu'il en soit, c'est là un élément de plus qu'il pourra être bon de relever dans les observations ultérieures.

M. DE BOYER pense qu'il y a une diminution réelle du lobe sphénoïdal; du côté droit, le lobe paracentral est affaissé, aussi est-il limité en arrière, non par une ligne verticale, mais par une ligne oblique; on peut penser qu'il y a eu, dans ce cas, un véritable *amaigrissement des circonvolutions motrices*.

M. FÉRÉ. Je ne saurais accepter ce terme, *amaigrissement des circonvolutions*, qui n'a rien de précis; d'ailleurs, quand on veut rechercher si un hémisphère est ou n'est pas atrophié, c'est par la mensuration comparative des grandes masses et non des circonvolutions entre elles qu'il faut opérer.

M. DE BOYER. Le mot *amaigrissement*, dont je me suis servi, explique assez bien, je crois, cette légère atrophie des points moteurs, causée par défaut d'activité de ces centres.

Comme M. Féré, je suis d'avis que les mensurations doivent porter sur les grandes masses cérébrales et non sur les circonvolutions, mais je crois que, pour plus de précision, on peut, lorsqu'il s'agit de masses volumineuses comme le lobe paracentral, chercher les points exacts qui semblent les plus atrophiés.

M. FÉRÉ. Cette recherche ne donnera aucun résultat, car on sait qu'il n'existe pas de cerveau dont les hémisphères soient absolument symétriques

M. CHARCOT. Il ne faut pas croire que, dans tous les cas où il y a eu suppression d'un membre, on ait trouvé invariablement une atrophie consécutive du cerveau. J'ai présenté à la Société de biologie le cas d'une femme, amputée à l'âge de 8 ans, et morte 37 ans après l'opération ; chez elle, on ne trouvait aucune lésion du cerveau, la moelle présentait quelques altérations, mais celles-ci ne remontaient que jusqu'à la région cervicale et ne dépassaient pas le bulbe.

**16. Cas de mort par fracture de la colonne vertébrale dorsolombaire, des côtes et de l'avant-bras, résultat d'une chute ; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.**

Le 24 janvier 1878, vers deux heures de la nuit, F....., de Paris, âgé de 66 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 6, tombe, par erreur de porte, dans la cage de l'ascenseur du 2<sup>e</sup> pavillon (bâtiment des hommes). Opéré de cataracte dans le service de M. Cusco, en décembre 1877, il était atteint de complication inflammatoire, au point de ne pouvoir se conduire, l'autre œil étant cataracté. Par une incurie des plus regrettables, la porte du rez-de-chaussée, qui ouvre dans l'ascenseur, alors arrêté au plus haut de sa course (2<sup>e</sup> étage), n'est pas encore munie du système de fermeture convenable, d'où l'accident. La chute fut d'autant plus funeste que l'ascenseur, n'étant pas situé au point le plus bas de son trajet, la hauteur de celle-ci mesura 4 m. 50, auxquels il faut ajouter un mètre jusqu'au niveau où se trouvait le blessé. La violence du choc peut donc être évaluée à 355 kilogrammètres = 5<sup>m</sup> 50 × 65 k. Le blessé était debout, les bras appuyés sur le plancher du sous-sol ; il fut reconduit dans la salle par l'ascenseur, et put marcher lui-même jusqu'à son lit, soutenu par des aides.

A la visite, M. le docteur Cusco constate une légère hématurie, une plaie contuse en avant et en haut de la jambe droite, une fracture de l'avant-bras gauche vers son extrémité carpienne. (Traitement : gouttière plâtrée.) Les jours suivants, le délire de parole, déjà remarqué par la religieuse avant l'accident, s'accroît encore, affectant le caractère de la démence sénile, et il s'y ajoute du délire d'action, qui empêche le séjour du membre fracturé dans un hamac. On dut maintenir le blessé dans son lit au moyen de liens ; il succomba, le 1<sup>er</sup> février suivant, à huit heures du soir, à une broncho-



pneumonie. Une note, sur les causes de cette mort accidentelle, ayant été demandée par la direction, c'est cette note nécropsique que nous reproduisons ici, faisant remarquer d'avance que l'autopsie révéla des lésions que les phénomènes négatifs observés durant la vie n'eussent pas permis de soupçonner.

RAPPORT. — Nous soussignés, P. Bruchet et J.-B. Gauché, internes des hôpitaux de Paris, chargés par M. le docteur Cusco, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, notre chef de service, de procéder à l'autopsie du sieur F... et d'en décrire les différentes particularités, déclarons avoir ainsi opéré le 3 février 1878 et constaté les faits suivants :

1° Le malade étant mort dans un service d'hôpital, l'autopsie a été naturellement faite devant les externes et stagiaires de cette division, dans l'amphithéâtre, à l'heure habituelle (10 h. du matin).

2° La mort remontait à 38 heures ; le cadavre offrait peu de rigidité. Pas de signes extérieurs de décomposition ; les viscères n'en paraissent pas atteints. A la surface externe, on constate la présence d'une plaie contuse de 3 centimètres, oblique en bas et en dehors, intéressant la peau et le tissu sous-cutané, et siégeant au niveau de la partie supérieure de la région antéro-interne de la jambe droite. En outre, il existe une déformation du poignet gauche.

3° Après avoir incisé la peau sur la ligne médiane, pour arriver aux cavités splanchniques, et l'avoir décollée avec les muscles sous-jacents, à l'extrémité externe du cartilage de la septième côte droite, on trouve un foyer de pus de la grosseur d'une noix, lésion récente.

Nous résumerons les modifications principales des différents organes, en décrivant séparément les *lésions anciennes* et les *lésions récentes*.

I. *Lésions anciennes*. — Cavité crânienne. Pie-mère congestionnée au niveau des deux lobes pariétaux. Cavité abdominale. Foie un peu grasseux, rouge très-clair. Rate petite. Reins. Pas d'adhérence de la capsule. Rein droit, de volume normal, d'une couleur rosée uniforme ; les deux substances sont difficiles à distinguer. Rein gauche, petit, ratatiné, sclérosé, avec dépression à sa surface : deux substances impossibles à distinguer. Vessie. Contient un peu d'urine mucoso-purulente.

Cavité thoracique. Péricarde épais, cœur grasseux à la surface, cœur gauche stéatosé ; à la coupe, coloration feuille-morte. Aorte. A l'origine de sa paroi, quelques plaques blanchâtres d'athérome. Plèvres. Adhérences dans toute l'étendue

du poumon droit; à gauche, il n'en existe que de très-légères au sommet.

**II. Lésions récentes.** — Ce sont les plus importantes : elles sont très-claires et ont été plus étudiées; cette étude, que nous n'avons pas cru devoir faire seuls, a été contrôlée par MM. Cossy et Déjerine, internes en médecine. La paroi antérieure de la cage sterno-costale étant enlevée, on voit, du côté gauche, sourdre un liquide couleur marc de café; il paraît provenir de la cavité pleurale (10 grammes de ce liquide ont été recueillis dans un tube).

**Poumon droit sain,** sauf la base, qui est congestionnée. **Poumon gauche.** Coloration rouge-noirâtre à la surface (splénisation). Il crépite à la pression digitale. Un morceau de poumon, pris au sommet, nage entre deux eaux. La base paraît saine. A la coupe, surfaces à peu près unies, d'une coloration rougeâtre, comme celle de la superficie.

**Cage thoracique.** — Au niveau de la septième côte droite en dehors de son angle postérieur, on voit, dans l'intérieur, sourdre du pus; il y a, à ce niveau et au-dessous, fracture transversale des septième, huitième, neuvième et dixième côtes droites.

**Avant-bras gauche.** — On constate une fracture avec écrasement des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Les fragments, très-petits et très-nombreux, nagent dans un liquide purulent, qui baigne l'articulation radio-carpienne.

**Colonne vertébrale.** — Le corps vertébral de la dernière dorsale est le siège d'une fracture par tassement, ayant produit une grande quantité de petites esquilles; le corps de la première lombaire, est celui d'une fracture simple verticale à direction antéro-postérieure. En outre, cette vertèbre est fracturée en deux points : pédicule du côté gauche, lame du côté droit, de sorte qu'elle se compose de trois fragments inégaux circonscrivant le trou vertébral.

Les pièces justificatives (vertèbres indiquées et liquide pleural) sont conservées, pouvant être examinées ultérieurement.

**17. Présentation de l'épaule. — Providence du cordon. — Rupture spontanée de l'utérus;** par CHAMPETIER de RIBES, interne des hôpitaux.

La nommée Muffat, âgée de 35 ans, entre à la Maternité le 15 décembre 1877 : son bassin est bien conformé, elle est accouchée, il y a sept ans, d'un enfant à terme qui est venu par le siège. Bien réglée depuis cette première couche, elle a eu ses dernières règles du 10 au 13 mars, et croit être en-

ceinte de la fin du mois de mars. Sa grossesse marcha régulièrement et son état ne présenta rien de particulier jusqu'au 31 janvier 1878 : elle se croyait à terme depuis longtemps et attendait impatiemment sa délivrance.

Le 31 janvier, à huit heures du soir, les membranes se rompent spontanément : alors apparaissent des douleurs sourdes qui ne laissent guère de repos à la malade, mais qui sont peu efficaces, car des examens, pratiqués à plusieurs reprises, font constater que le col ne s'efface pas. Le 2 février seulement, à cinq heures du matin, les douleurs devenant beaucoup plus fortes et continues, on porte cette femme à la salle d'accouchement.

L'utérus est dans un état de contraction permanente et tellement douloureux et rigide que le palper est impossible. On n'entend nulle part les bruits du cœur fœtal.

Par le toucher, on constate que le col offre une dilatation de la grandeur d'une pièce de un franc : on sent, dans l'orifice, le cordon ombilical flasque et sans battements, et, de plus, une saillie osseuse recouverte de parties molles que l'on prend pour une fesse, et l'on croit avoir affaire à une présentation du siège avec procidence du cordon, l'enfant étant mort.

À 9 heures du matin, la dilatation est presque complète, le ventre est toujours très-douloureux, très-dur; l'utérus est dans un état de contraction permanente. Le pouls est accéléré, mais l'état général de la patiente ne paraît pas inquiétant.

Vers midi, comme on se disposait à pratiquer le toucher, on s'aperçut qu'une petite quantité de sang s'était écoulée, et presque en même temps il s'échappa hors des parties génitales un caillot du volume du poing. La figure pâlit, la malade se plaint d'une sensation de froid extrêmement pénible : elle étouffe. Le pouls est insensible. Le ventre est le siège d'une sensibilité extrême : hauts de cœur, crachottements continus.

La partie fœtale n'est plus accessible au doigt introduit dans le vagin, elle est remontée : la main, appliquée sur le ventre, sent l'utérus relâché, et arrive sur les parties fœtales.

Le diagnostic ne nous paraît pas douteux, il vient de se produire une rupture spontanée de l'utérus.

À une heure de l'après-midi, la malade est exsangue, sans conscience de ce qui se passe autour d'elle : l'écoulement de sang par les parties génitales a cessé après l'expulsion du caillot que nous avons signalé. M. Lucas-Championnière, qui n'a pas encore vu la malade, arrive alors et reconnaît une présentation de l'épaule droite en acromio-iliaque

droite : il pratique sans difficulté la version podalique et extrait une fille déjà macérée, pesant 4000 grammes et portant une énorme ecchymose qui occupe l'épaule droite, la région du dos voisine du creux axillaire et la partie supérieure du cou.

La délivrance est faite aussitôt après l'expulsion de l'enfant. Le globe utérin est dur, indiquant que l'organe, malgré la déchirure, se contracte bien.

En pratiquant la version, M. Lucas-Championnière avait senti une large déchirure en avant et portant surtout sur la partie droite de l'utérus, dans le point où se trouvait la tête du fœtus.

La malade succombe, sans avoir repris connaissance, à deux heures de l'après-midi, une demi-heure après la délivrance et environ deux heures après que la rupture s'était produite.

L'ouverture du corps est faite le 4 février, dans la matinée, par notre ami M. Féré, interne des hôpitaux : il trouve tous les organes de l'abdomen comme badigeonnés de sang : il y en a jusque sur la face inférieure du diaphragme.

La quantité de sang liquide peut être évaluée à 600 ou 800 grammes : cinq cents grammes environ de caillots mous sont tombés dans des parties déclives, autour de l'utérus, surtout en avant. On aperçoit immédiatement une énorme déchirure du péritoine, occupant transversalement toute la largeur du plancher pelvien : elle siège exactement au niveau du cul-de-sac utéro-vésical et s'étend de chaque côté, se dirigeant un peu obliquement en haut et à droite. Elle a une largeur de deux ou trois centimètres d'avant en arrière, et une longueur, dans le sens transversal, de quatorze centimètres. La pièce une fois enlevée, voici ce que nous voyons : la paroi utérine est détruite, écrasée au niveau de son bord droit ; les deux feuillets du ligament large droit décollés constituent une large poche dans laquelle a sans doute séjourné la tête du fœtus avant que le péritoine se fût rompu.

Les parois de cette poche sont infiltrées de sang et comme contuses. C'est la partie antérieure de cette poche qui a crevé ; c'est de ce point que part la déchirure du péritoine.

Au-dessus de cette poche, sous le péritoine décollé, se voit une déchirure déchiquetée, irrégulière, dentelée, qui a intéressé dans une hauteur de trois à quatre centimètres le tissu utérin, épais à ce niveau de trois centimètres.

La rupture de l'utérus est loin d'avoir la même direction que la déchirure du péritoine : commençant comme nous venons de le dire, sur le corps de l'organe, au niveau du bord droit, la rupture utérine est dirigée en bas et en dedans, passe sur le côté droit de la vessie et aboutit presque sur la ligne

médiane, dans la lèvre antérieure de la portion vaginale du col, qui est divisée en deux parties égales dans toute son étendue. La hauteur de cette déchirure est de 14 centimètres. La vessie et le rectum sont absolument intacts. Faisant alors une coupe verticale qui divise la paroi antérieure de l'utérus dans toute sa hauteur, nous voyons à découvert la face postérieure de la cavité utérine. Elle est divisée au niveau de ses  $\frac{3}{3}$  supérieurs avec ses  $\frac{2}{5}$  inférieurs, par un sillon qui établit brusquement entre les deux parties une ligne de démarcation profonde. Tandis qu'au-dessus de ce sillon, la paroi de l'utérus résistante, constituée par des fibres musculaires d'un blanc-jaunâtre, offre une épaisseur de trois centimètres et demi, au niveau même de ce sillon ; son épaisseur se réduit à un centimètre et demi et augmente légèrement plus bas, sans atteindre deux centimètres ; de plus, au-dessus du sillon cette paroi est, sur une coupe, d'un aspect rouge, sa consistance est molle.

La hauteur totale de la cavité utérine est de 22 centimètres, 13 pour la partie située au-dessus du sillon, 9 pour la région inférieure. Au niveau même du sillon, dans l'épaisseur de la paroi, se voit l'orifice béant des vaisseaux qui marquent la limite entre le col et le corps de l'organe.

L'épaisseur de l'utérus, au niveau de son fond, est de 3 centimètres.

La muqueuse utérine est plus épaisse, plus rouge au-dessus du sillon ; de plus, elle présente au-dessous des saillies transversales, vestiges de l'arbre de vie. La paroi antérieure de l'utérus était trop altérée par la déchirure, pour que nous ayons pu prendre sur elle des mesures exactes.

Nous nous croyons autorisé à dire que, sur cet utérus, le col formait un cylindre dont la hauteur, mesurée en arrière, était de 9 centimètres. La hauteur de ce cylindre n'était nullement diminuée, lorsqu'on dilatait avec les doigts l'orifice du col, de façon à lui donner les dimensions qu'il présente lorsque la dilatation est complète, tout en maintenant rapprochés les bords de la déchirure.

Nous ferons remarquer de plus que, sur cette pièce, la portion vaginale du col n'a pas disparu : elle présente deux lèvres, l'une postérieure, l'autre antérieure divisée en deux par la rupture ; chacune de ces lèvres forme un feston qui fait dans le vagin une saillie morbide de 4 centimètres et demi de hauteur et de 5 millimètres d'épaisseur. Cette pièce présente les plus grandes analogies avec celles qu'a décrites et fait dessiner Bandl, dans un mémoire qu'il a publié en 1877 sur le rôle du col pendant la grossesse.

**M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.**— Appelé auprès de cette femme une heure et demie après l'accident, j'ai pratiqué la version non sans quelques difficultés. Les faits de rupture spontanée de l'utérus sont assez fréquents, mais rarement on constate des lésions aussi profondes, puisque dans ce cas le col utérin est en partie détaché; le plus souvent, c'est la partie du corps de l'utérus située au-dessus du col qui se rompt, et la déchirure se continue: en bas, sur l'orifice externe très-peu entamé; en haut, jusqu'au niveau de l'angle interne. La structure de l'utérus rend compte du mécanisme de la lésion: la région supérieure de l'utérus est formée de fibres musculaires très-serrées, la région située au-dessus du col est composée de fibres circulaires, et à ce niveau on trouve un sphincter qui continue, pour ainsi dire, la cavité utérine. Deux conditions favorisent singulièrement les ruptures de l'utérus: 1° l'altération de l'organe, ce n'était pas le cas ici: 2° des incisions, des sections sur l'orifice interne, et si, dans ce dernier cas, vous appliquez le forceps, vous avez bien des chances pour provoquer une rupture. Un autre point doit encore être pris en considération: chez beaucoup de femmes, vous trouvez par le toucher, le segment inférieur de l'utérus, ainsi que l'orifice interne du col dans un état de rigidité extrême; eh bien, dans des cas semblables, je crois qu'il y a indication à la céphalotripsie, et si on ne la pratique pas, la rupture utérine sera fréquente.

Après des ruptures considérables de l'utérus, on a proposé d'aller à la recherche du fœtus passé dans l'abdomen, je l'aurais fait certainement si j'eusse été appelé plus tôt, mais n'arrivant qu'une heure et demie après l'accident, le mieux était de pratiquer la version, qui, au moins, a laissé cette femme mourir sans grande douleur. A mon avis, si l'on était averti assez tôt, on devrait pratiquer l'opération césarienne, c'est la seule chance de salut pour la patiente.

**18. Double foyer hémorragique occupant les parties centrales des deux hémisphères cérébraux, et n'ayant occasionné la dégénération secondaire que d'un seul côté; par P. RUCHER,** interne des hôpitaux.

X..., salle Sainte-Adélaïde, n° 22. (Service de M. CHARCOT.)  
*Résumé des symptômes*, consignés par PITRES, janvier 1876.  
 Hémiplegie droite, ayant débuté il y a deux ans, à la suite

d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance. *Face.* Le côté droit du visage est moins mobile que le gauche. La commissure des lèvres est abaissée à droite. Le sillon nasolabial est à peu près aussi profond à droite qu'à gauche, mais il est plus rectiligne à droite. Les paupières se meuvent également bien. La malade tire facilement la langue hors de la bouche et peut la porter également bien à droite ou à gauche. La pointe est légèrement déviée à droite.

*Membres.* Le membre supérieur droit est contracturé. Il est dans un état de demi-extension. Les doigts sont demi-fléchis dans la paume de la main. La contracture a débuté dans les premiers jours qui ont suivi l'apoplexie.

Le membre inférieur droit est relativement moins roide que le membre supérieur. On parvient à l'étendre et à le fléchir. Légère trémulation, quand on relève la pointe du pied. La malade raconte que quelquefois la main s'étend spontanément la nuit, ainsi que la jambe qui se met quelquefois à trembler toute seule. Pas d'amyotrophie, sensibilité générale et spéciale parfaitement conservée. L'intelligence est très-affaiblie. Perte de la mémoire. Morte de pneumonie le 5 février 1878.

*AUTOPSIE (1). — Cerveau.* Les deux hémisphères sont sains à la superficie. Sur des coupes méthodiques on constate un double foyer hémorragique ancien, occupant les parties centrales à droite et à gauche, mais dont il est intéressant de préciser le siège, qui n'est pas le même des deux côtés.

*Hémisphère gauche.* La coupe *pédiculo-frontale* montre le corps strié entièrement détruit, noyau caudé, noyau lenticulaire et capsule interne qui sépare les deux noyaux. *Sur la coupe frontale* les deux portions du corps strié sont également détruites et remplacées par une sorte de cicatrice au milieu de laquelle on ne trouve pas trace de la capsule interne. La couche optique est respectée.

*Hémisphère droit. Coupe pédiculo-frontale.* Entre le corps strié et la capsule externe existe un foyer hémorragique linéaire, long de 1 cent. 4½. *La coupe frontale* montre le même foyer linéaire ayant acquis une longueur de 2 cent. 1½. Ce foyer est situé entre la capsule externe qu'il respecte, et la portion la plus externe du noyau lenticulaire du corps strié. La capsule interne et la couche optique sont saines.

*Protubérance et pédoncules.* Dégénérescence secondaire à gauche. Le pédoncule cérébral gauche est un peu plus petit que celui de droite. Sa face inférieure est marquée d'un liséré gris de dégénérescence secondaire. La pyramide antérieure

---

(1) Voir deux dessins dans l'Album de la Société.

du même côté est grise et légèrement déprimée. La protubération ne paraît pas asymétrique. Sur une coupe transversale pratiquée vers le milieu de la hauteur, on remarque que, du côté gauche, le faisceau de fibres blanches qui continue la pyramide antérieure a disparu.

RÉFLEXIONS.—En résumé ce cas montre dans l'hémisphère gauche un foyer hémorragique ayant détruit tout le corps strié et la capsule interne, s'accompagnant de dégénérescence secondaire, et déterminant pendant la vie une hémiplegie permanente avec contracture — tandis qu'à droite un foyer hémorragique linéaire situé au lieu d'élection, entre la capsule externe et le corps strié, n'a occasionné ni paralysie permanente, ni dégénération secondaire.

*Séance du 15 février 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**19. Tuberculisation des reins, des testicules, de la prostate et des poumons. — Péritonite tuberculeuse guérie; par A. ROUTIER, interne des hôpitaux.**

Le nommé P. A..., âgé de 25 ans, entre le 15 août 1877, salle Saint-Félix, à la Charité. (Service de M. LABOULBÈNE.)

Ce jeune homme, fils d'une mère morte de phthisie pulmonaire, vint à Necker en 1874, pour y être soigné de douleurs au ventre. C'était la première fois qu'il était malade, sauf quelques légers rhumes. Il resta à Necker dans le service de M. Laboulbène du mois d'août 1874 au mois de septembre 1875.

Durant ce long séjour, on vit se développer chez lui diverses lésions, qui ne firent que confirmer le diagnostic qu'on avait porté sur son affection abdominale, c'est-à-dire péritonite tuberculeuse. C'est ainsi qu'il eut successivement une ostéite suivie de nécrose de la phalange du petit doigt de la main gauche; une épидidymite à droite, qui suppura.



Enfin, le sommet du poumon gauche parut être envahi par le tubercule. Néanmoins, la péritonite guérit, et, quand le malade quitta l'hôpital, il n'en restait plus trace.

Du mois de septembre 1875 jusqu'en août 1877, le sujet a eu un état général assez satisfaisant. Cependant, la toux n'avait jamais cessé complètement; quant à son ventre, il n'en avait été nullement inquiété.

En avril, il eut des douleurs dans le coude gauche, occasionnant quelque gêne dans les mouvements. Quelque temps après, il eut des douleurs au bord interne du pied gauche, qui allèrent jusqu'à empêcher la marche. C'est ce qui fit rentrer P... dans le service de M. Laboulbène, salle Saint-Félix, à la Charité, le 15 août 1877.

L'épididyme gauche, indemne jusqu'à ce moment, est devenu le siège d'un gonflement œdémateux. L'épididyme droit et le testicule correspondant sont très-bosselés. La prostate est aussi le siège de nodosités et très-sensible au toucher. Le gonflement du bord interne du pied gauche correspond à la face interne du scaphoïde.

Le coude gauche, sans gonflement, est douloureux, surtout pendant les mouvements, que limite, du reste, la contracture du biceps. L'examen de la poitrine, fait à son entrée, donne les signes suivants :

*En avant* : Sonorité conservée des deux côtés; vibrations exagérées à droite; respiration rude, saccadée sous les clavicules, avec résonnance de la voix et de la toux. Les bruits du cœur s'entendent jusque sous la clavicule droite.

*En arrière* : Augmentation des vibrations; de la résonnance de la voix, avec faiblesse des murmures vésiculaires et quelques craquements humides après les secousses de la toux dans la fosse sus-épineuse droite.

L'abdomen est souple, indolent, bien sonore; on ne perçoit rien qui ressemble à des restes de péritonite. Le foie semble seul déborder les fausses côtes, et est un peu sensible à la pression. Pas d'albumine; pas de sucre dans l'urine.

Le malade, après ce premier examen, resta un certain temps dans le service; il ne se plaignait de rien, et on passait, le matin, à son lit sans faire grande attention.

En octobre, il se plaignit, un jour, d'avoir les urines changées, en même temps qu'il avait quelques difficultés à les rendre.

L'urine, recueillie dans un bocal, laissa déposer une grande quantité de pus; il n'y avait aucun écoulement par le méat en dehors des mictions. Les douleurs siégeaient au col de la vessie; rien aux lombes. L'épididyme gauche suppure. L'état général est bon.

Quand, au 1<sup>er</sup> janvier, j'ai pris le service, mon collègue et ami, M. Davaine, m'a laissé les notès qui précèdent; je reconnus P... pour l'avoir vu dans le service de M. Laboulbène, à Necker.

Son état général paraissait bon; le coude était ce qui le faisait le plus souffrir, il pouvait marcher. L'urine assez claire, ne laissait pas déposer de pus, mais contenait un peu d'albumine. Dans le courant de janvier, il eut des douleurs le long du tibia droit; il s'y manifesta un peu de gonflement au périoste, qui céda à quelques applications d'ouate et d'iode.

30 janvier. — Tout à coup, le malade se plaint de douleurs de tête très-violentes, avec vomissements abondants, se produisant à propos du moindre mouvement.

2 février. — La fièvre s'allume avec prostration; les vomissements sont difficilement calmés par la potion de Rivière.

3 février. — La respiration perd sa régularité, et prend le type de Cheyne-Stokes. La sensibilité était très-variable, mais il y avait toujours retard des sensations.

4 février. — L'urine est fortement albumineuse; le malade tombe le soir dans le coma, ressemblant ainsi à un urémique ou à un malade atteint de tuberculose du cerveau.

Les pupilles deviennent inégales et dilatées.

5 février. — Le côté gauche du corps paraît paralysé; cependant on arrive à y provoquer quelques mouvements. C'est plutôt de la contracture que de la paralysie.

10 février. — Le malade a passé ces derniers jours dans le coma absolu, toujours avec sa respiration irrégulière.

11 février. — Il meurt dans la matinée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, toute la masse intestinale agglomérée forme un gros paquet, difficile à enlever, et au milieu duquel on ne trouve pas de granulations tuberculeuses. Les poumons étaient sains, à première vue, mais il y avait, à droite, de fortes adhérences, surtout vers le sommet. A la coupe, le sommet droit présentait des granulations. Rien à gauche. Le foie, assez gros, paraissait un peu gras. La rate n'offrait rien de particulier. Les deux reins que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, étaient assez gros : 15 cent. de long sur 8 de large. Ils sont tous deux bosselés, violacés. Le rein droit, plus mou que l'autre, laisse voir, à travers la substance corticale, de larges places blanchâtres. A la coupe, le rein gauche, très-congestionné, laisse écouler beaucoup de sang, les vaisseaux restent béants, on délimite difficilement les pyramides à la différence de couleur. Il présente, vers son tiers supérieur, une grosse masse jaunâtre granuleuse, molle, qui est certainement du tubercule.

Sur aucun autre point on ne trouve semblable lésion.

Le rein droit présente, à la coupe, l'aspect d'une ruche; ce qui reste de substance de la glande cloisonne des cavités remplies de pus, ou matière jaunâtre comparable à du mastic; à la moindre pression, on fait couler ce pus.

Un filet d'eau, versé sur ces portions ramollies, en détache la partie la plus liquide et laisse une paroi jaune filamenteuse.

Les *testicules* sont inégaux, le gauche est beaucoup plus volumineux que le droit. Sur le testicule droit, on trouve, vers la queue de l'épididyme, une masse tuberculeuse jaune, grosse comme un pois.

A la coupe : les tubes séminifères ont à peu près disparu; la substance testiculaire est remplacée par des amas blanchâtres, qui paraissent cicatriciels; vers la partie postérieure, on trouve un autre noyau pareil à celui qui était dans la queue de l'épididyme. Le testicule gauche a le volume d'un œuf de poule; sur la partie externe, on trouve une production jaunâtre qui faisait communiquer l'intérieur de l'albuginée avec l'extérieur par la fistule. La substance testiculaire est infiltrée de tubercules, et l'épididyme est presque entièrement caséifié.

Le scaphoïde gauche était friable, congestionné; nous n'y avons pas trouvé de tubercules, pas plus que dans les têtes des os du coude gauche.

OBSERVATIONS. — Cette observation nous a paru curieuse à plusieurs points de vue :

Tout d'abord, la péritonite, qui a guéri, et qui, malgré l'absence de tubercules apparents à travers les fausses membranes qu'elle avait laissées, ne nous paraît pas moins se rattacher à la diathèse.

Cette marche spéciale du tubercule, qui semblait d'autant moins sévir sur un point que d'autres plus nombreux étaient envahis, comme si le péritoine, les os, les testicules et surtout les reins, avaient servi de révulsion aux poumons. Ce testicule droit, qui montrait bien ce que devient une orchite tuberculeuse guérie, tandis que la gauche la montrait en pleine évolution. Les reins, enfin, dont l'un avait presque échappé à la diathèse et permettait la vie, pendant que l'autre avait, pour ainsi dire, entièrement disparu.

## **20. — Corps fibreux de l'utérus. — Péritonite aiguë généralisée; par Albert JOSIAS, interne des hôpitaux.**

La nommée Saunier, âgée de 38 ans, couturière, est entrée dans le service de M. le professeur U. TRÉLAT, à l'hôpital de

la Charité, salle Sainte-Rose, lit n° 12, le 22 janvier 1878.

Pas d'antécédents de famille, n'a jamais été malade, à 30 ans a eu un enfant; l'accouchement a été naturel. Régliée à 13 ans, avait toujours vu régulièrement et aussi abondamment; depuis quatre ans, les règles sont devenues irrégulières; mais, depuis dix-huit mois, elles apparaissent deux fois par mois et en quantité notable. Il y a deux ans environ, pour la première fois, la malade ressentit des douleurs vives dans la région hypogastrique; ces douleurs se sont reproduites souvent et la malade les compare aux douleurs expulsives de l'accouchement. Elle est sujette à avoir des douleurs lombaires, des coliques, de la constipation et se plaint principalement de métrorrhagies répétées. Le toucher vaginal permet de reconnaître l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, dure, engagée à travers l'orifice externe du col utérin qu'elle dépasse de telle sorte que les lèvres du col constituent un bourrelet peu saillant et poli. Leucorrhée légère.

L'examen au spéculum, fait le 29 janvier, montre le polype saillant à travers l'orifice vaginal du col, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, d'une consistance dure et d'un aspect jaunâtre; l'examen avec l'hysteromètre révèle que son point d'implantation se trouve sur la partie inférieure de la face latérale gauche du col. Il s'agissait donc d'un corps fibreux légèrement pédiculé ayant franchi l'orifice utérin.

Le même jour, on opère la malade: le spéculum de Marion Sims est introduit de telle façon qu'il déprime par sa face convexe la paroi postérieure du vagin. Un aide maintenant écartées les grandes lèvres, M. Trélat saisit avec une pince à griffes le polype sur lequel il exerce une légère traction, puis incise avec les ciseaux le pédicule de la tumeur. Cette tumeur a les dimensions d'une grosse noix, est arrondie et présente à la coupe une surface lardacée, d'un blanc mat et très-résistante au toucher. L'opération est accompagnée d'un léger écoulement de sang; et, après un lavage de la plaie avec l'eau froide, la malade est portée dans son lit.

Les cinq jours qui suivent l'opération s'écoulent sans accidents; la malade se sent bien, n'éprouve aucune douleur, absence de fièvre, on la nourrit légèrement et on lui prescrit le repos absolu au lit. — Malheureusement, dans la nuit du 3 au 4 février, c'est-à-dire, cinq jours après l'opération, l'infirmière lui ayant refusé le bassin, elle se leva et quitta la salle pour aller à la garde-robe. Elle se refroidit, eut un frisson; et, le lendemain matin, au moment de la visite, nous constatons une fièvre légère, et un point douloureux au niveau du flanc droit. Embarras gastrique (huile de ricin, 30 gr. cataplasmes laudanisés en permanence sur le bas-ventre).

6 février. La douleur du flanc droit a augmenté. La fièvre persiste, constipation, (lavement émollient, vésicatoire sur le flanc droit).

7 février. La douleur est généralisée, plus vive au niveau de la région hypogastrique, quelques nausées. Envies fréquentes de vomissements, hoquet. Pouls petit, fréquent, régulier. — P. 120; T. 38°,9. Soir: P. 108; T. 39°,4, matin 120; soir 108.

8 février. Même état, ventre ballonné, facies abdominal, yeux excavés, langue sèche, vomissements bilieux. P. 108; T. R. 39°,9. — Soir: P. 136; T. 39°,7. Onctions faites sur l'abdomen avec l'onguent mercuriel, cataplasmes laudanisés, vésicatoire sur le flanc gauche, limonade vineuse, glace, potion avec 2 gr. de chloral.

9 février. Le ventre est plus tendu, plus douloureux; la pression des draps n'est pas tolérable, vomissements fréquents, nausées, insomnie, respiration anxieuse. P. 108; T. R. 37°,8. — Soir: P. 136; T. 38°,6.

10 février. Nuit agitée, aggravation des symptômes, respiration fréquente, supérieure P. 148; T. 38°,4. La malade meurt à 1 heure de l'après-midi, c'est-à-dire douze jours après l'opération et sept jours après le premier frisson.

AUTOPSIE faite 44 heures après la mort. — *Cavité abdominale*: le péritoine présente une injection vasculaire intense et est recouvert dans toutes ses parties d'un exsudat fibrineux; un liquide peu abondant, séro-purulent, se rencontre dans les parties déclives, principalement dans l'excavation pelvienne au niveau des ligaments larges. Les anses de l'intestin sont très-distendues par les gaz et adhèrent les unes aux autres par l'intermédiaire des exsudats fibrineux et purulents. Sur la face convexe du foie, on remarque une injection très-nette des vaisseaux. Le foie, non hypertrophié, présente une coloration jaunâtre, pâle; les vaisseaux sanguins semblent un peu saillants. L'*utérus* est un peu plus volumineux, sa longueur mesurée du bas-fond de l'organe à l'orifice du col donne 0 = 090; sa largeur, comprise entre l'insertion des deux trompes donne 0 = 070; son épaisseur est égale à 0 = 025. — Le péritoine qui recouvre l'utérus et les ligaments larges présentent, surtout à gauche, une vascularisation très-fine et très-nette. Au milieu de ces prolongements, de ces réseaux vasculaires, existent quelques trainées blanches, également ténues. Sur le bas-fond de l'utérus, immédiatement au-dessus et en arrière de la trompe de Fallope du côté gauche, se trouve un corps fibreux sous-péritonéal, arrondi et ayant les dimensions d'une noisette. En incisant l'utérus sur la ligne médiane de sa face antérieure, depuis sa base jusqu'à son col, on met à nu

sa surface interne, ce qui permet de constater à la partie inférieure et gauche du col un sillon inégal, irrégulier, rosé, dont les bords également rosés sont ramollis.

En avant de ce sillon et sur la lèvre antérieure du col apparaissent trois petits kystes muqueux, lenticulaires, blancs, transparents, contenant une matière visqueuse. C'est au niveau de ce sillon que s'implantait le corps fibreux excisé. Tout le côté droit de la muqueuse utérine est ramolli et rosé; en outre, vers la partie médiane du bas-fond de l'utérus, un polype muqueux d'un rouge très-intense, d'une consistance molle et ayant les dimensions d'un pois ordinaire, présente un pédicule peu étendu. Dans l'épaisseur des parois musculaires de ce même organe, on remarque l'existence de plusieurs corps fibreux intra-pariétaux (trois à quatre), durs, résistants à la coupe et variant du volume d'une noisette à celui d'une petite noix. Les autres viscères abdominaux sont normaux.

*Cavité thoracique.* — La plèvre diaphragmatique droite présente des exsudats fibrineux et purulents avec un épanchement séro-purulent peu abondant. Les deux poumons sont très-congestionnés, et n'offrent pas d'abcès métastatiques. Rien sur la plèvre gauche, ni sur le péricarde, ni dans le cœur.

*RÉFLEXIONS.* — L'intérêt de cette observation ne repose pas essentiellement sur le diagnostic facile de la maladie, non plus que sur l'opération simple qui fut pratiquée.

Le polype fibreux reconnu et l'ablation qui en fut faite avec les ciseaux, sont deux actes secondaires, accessoires même chez notre malade. Ce que nous tenons à faire ressortir, c'est l'existence d'une complication grave et redoutable dans des circonstances déterminées, malgré les apparences les plus heureuses. Si l'hémorrhagie, la péritonite, la phlébite et la pyohémie sont des accidents avec lesquels il faut compter dans les diverses affections utérines, notamment dans les opérations que l'on pratique sur l'utérus, on peut, dans le cas présent, s'étonner de la péritonite aiguë généralisée qui a emporté notre malade. Aussi, tenant compte d'une part de l'imprudence commise par la malade elle-même, qui s'est levée cinq jours après son opération, et attachant, d'autre part, une grande importance à l'inflammation péritonéale, déterminée par une lymphangite reconnaissant pour cause la plaie de la muqueuse utérine, nous avons à relever plusieurs faits importants : La péritonite aiguë généralisée n'est nullement en rapport avec l'incision peu étendue, peu profonde et bien délimitée de la muqueuse utérine. Le début des accidents a coïncidé avec un refroidissement. Le pronostic d'une semblable opération devra toujours être réservé.

**21. Hypertrophie énorme de la prostate ; rétrécissement ; calculs de la prostate ; par Alf. JEAN, interne des hôpitaux.**

Le nommé M., Julien, âgé de 63 ans, entré à l'hôpital Necker, le 5 février 1878, salle Saint-Vincent, n° 3 (service de M. le professeur Guyon).

Cet homme a eu une légère chaudepisse à l'âge de 20 ans. En 1846, le malade a commencé à uriner plus souvent ; les mictions étaient longues et douloureuses et les dernières gouttes tombaient dans son pantalon. En 1855, il eut une rétention d'urine et fut traité par la dilatation, pendant une année. Depuis cette époque jusqu'en 1869, tous les accidents avaient disparu, quant à ce moment, il fut repris de douleurs pendant les mictions, qui devinrent douloureuses et très-longues, le malade urinant goutte à goutte.

Le 4 février 1878, sans cause appréciable, le malade fut pris d'une rétention d'urine ; un médecin de la ville fit un cathétérisme infructueux et provoqua une légère hémorrhagie uréthrale.

Le 5 février, on explore son canal avec des explorateurs à boule olivaire ; tous, depuis le n° 21 jusqu'au n° 6, sont arrêtés à la région perméo-bulbaire. On peut introduire une petite bougie filiforme, collodionnée, mais cette bougie, qui a franchi le rétrécissement, s'arrête au niveau de la région prostatique ; on la laisse à demeure. La vessie est très-distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade urine par regorgement.

6 février — La bougie est sortie pendant la nuit. On en fixe une autre à demeure ; mais celle-ci, pas plus que la première ne peut franchir la région prostatique. — La vessie est encore plus distendue que la veille ; elle remonte à deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

7 février. — Le malade a uriné par regorgement avec sa bougie à demeure. La vessie est un peu moins distendue, mais l'état général devient grave. La température n'est pas élevée. Le malade est oppressé, et on entend des râles muqueux dans la poitrine.

8 février. — Congestion pulmonaire très-intense. La langue est sèche, recouverte d'un enduit brunâtre. La température s'abaisse à 35°,6. Mort.

**AUTOPSIE.** — Les *poumons* sont extrêmement emphysémateux. Pas trace de tuberculose. Congestion aux bases.

**Cœur.** — Très-gros : 660 grammes. Le cœur droit est normal. Hypertrophie énorme du ventricule gauche. Pas d'insuffisance aortique, ni mitrale. Le bord de la valvule mitrale est

un peu épaissi. Aorte légèrement athéromateuse; quelques plaques calcaires. *Foie, rate*, sains.

*Reins* assez volumineux : chaque rein pèse 230 grammes. Ils sont pâles à la surface. La capsule fibreuse s'arrache facilement, sans entraîner de substance corticale. La périphérie est bosselée, granuleuse et présente une quantité considérable de petits kystes miliaires. La substance corticale est normale, ni diminuée, ni augmentée.

*La vessie* est pleine d'une urine claire. Très-distendue; elle remonte jusqu'à l'ombilic. Son épaisseur est à peu près normale. Nullement hypertrophiée, elle paraît, au contraire, amincie en certains points. La surface interne est à peu près lisse. Le bas-fond est très-prononcé, car la prostate, très-hypertrophiée, remonte dans l'intérieur de la cavité vésicale.

*Prostate* du volume d'une petite orange. Les deux lobes latéraux sont énormément hypertrophiés; le médian est à peu près normal. Au premier abord, on pourrait croire que l'hypertrophie est générale, car les lobes latéraux se rejoignent en arrière, et le col vésical est limité par un bourrelet circulaire très-régulier. Sur le lobe latéral gauche, existe une petite saillie, en forme de champignon, de la grosseur d'un pois. En coupant la prostate sur la ligne médiane, on rencontre de nombreuses lacunes remplies par des petits calculs noirâtres, irréguliers, triangulaires, variant de la grosseur d'une petite graine à celle d'un grain de tabac. A l'entrée de la région membraneuse, rétrécissement peu marqué. Quelques petites brides fibreuses. Dilatation en arrière.

Les calculs qui naissent et se développent dans l'intérieur de la prostate, présentent deux variétés bien distinctes. La première est très-fréquente chez les individus qui ont dépassé l'âge de cinquante ans, constitue la gravelle prostatique; ce sont de petits graviers à peine perceptibles à l'œil nu, offrant un diamètre qui varie depuis un centième de millimètre jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Morgagni avait déjà décrit ces calculs et les comparait à des grains de tabac. M. Robin (*Traité des humeurs*, p. 447) en a étudié la structure, et d'après leurs réactions avec les acides et les bases, il conclut que ces calculs transparents ou demi-transparentes, de couleur ambrée ou rougeâtre, sont essentiellement des concrétions de nature azotée.

La seconde variété est beaucoup plus rare, et c'est à celle-ci que se rapportent les calculs que nous présentons. Leur composition chimique paraît très-variable; on y a trouvé du phosphate, du carbonate de chaux, du phosphate ammoniacomagnésien, de l'oxalate de chaux.



Un calcul prostatique de cette variété, analysé par Lassaigne, lui a donné :

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Phosphate de chaux..... | 845 |
| Carbonate de chaux..... | 5   |

M. R. Leroy (d'Etioles) a présenté à la Société anatomique un petit calcul prostatique en forme de cornemuse, composé de phosphate de chaux, qui avait été extrait par Bérard. Au musée Dupuytren (n° 145), on trouve quatre petits calculs à facettes, composés de :

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Phosphate de chaux.....         | 60 pour 100. |
| Phosphate ammoniaco-magnésien.. | 20 —         |
| Carbonate de chaux.....         | 20 —         |

Au n° 166 du même musée, on voit de petits calculs dont la périphérie est formée de phosphate de chaux, et dont la partie centrale contenait de l'oxalate et du carbonate de chaux.

Les petits calculs que nous présentons aujourd'hui ont été analysés avec soin par notre ami, M. Guignard, et de cette analyse il résulte qu'ils sont composés de *phosphate de chaux*. Voici d'ailleurs le détail de l'opération.

*Calculs intra-prostatiques* : Poids = 0,09 centigrammes.

1° Un fragment de calcul, incinéré dans une capsule de platine perd environ la moitié de son poids, par suite de la destruction de la matière organique ; 2° Il ne donne pas la réaction caractéristique de l'acide urique ou des urates, par l'acide azotique et l'ammoniaque ; 3° Le résidu de l'incinération ne fait pas effervescence par l'addition d'une goutte d'acide chlorhydrique : il n'est donc pas formé par un carbonate qui pourrait résulter de l'incinération de l'oxalate de chaux. D'ailleurs, le calcul traité directement par l'acide sulfurique pur ne donne pas de dégagement d'oxyde de carbone, caractéristique de la présence d'un oxalate ; 4° On obtient avec le molybdate d'ammoniaque la réaction caractéristique des phosphates ; 5° Ce phosphate est un phosphate de chaux, parce que l'oxalate d'ammoniaque donne un précipité d'oxalate de chaux insoluble dans l'acide acétique. De plus, l'infusibilité du résidu au chalumeau démontre l'absence du phosphate de magnésie.

Donc ces calculs, dans leur partie minérale, sont composés de phosphate de chaux.

Si nous avons présenté cette observation, c'est à la fois pour montrer cette hypertrophie énorme de la prostate, et pour appeler l'attention sur les calculs prostatiques. Ces derniers sont mentionnés dans tous les auteurs ; cependant, ils sont

assez rares pour que, depuis une dizaine d'années, il ne se soient pas encore présentés à l'observation de notre maître, M. Guyon. En effet, si on fait abstraction des calculs qui sont arrivés dans la prostate à la suite de l'opération de la taille, et de ceux qui, nés dans la vessie, en sont sortis alors qu'ils étaient d'un petit volume, et se sont creusés une loge dans la glande, on verra qu'on sera forcé d'éliminer une grande partie des observations.

**22. Tuberculose de la vessie et des reins; par Alf. JEAN,**  
interne des hôpitaux.

Buchet (Aristide), âgé de 53 ans, relieur, entre le 30 décembre 1877, à l'hôpital Necker, salle Saint-Vincent, n° 7, (service de M. le professeur GUYON).

Ce malade tousse depuis 5 ou 6 ans, et sa bronchite chronique subit plusieurs recrudescences chaque hiver ; son père est mort phthisique. L'examen de la poitrine donne les signes de cavernes pulmonaires aux deux sommets, surtout à droite. Jusqu'au mois de juillet 1877, cet homme n'avait remarqué aucun trouble du côté des voies urinaires ; il a eu une blennorrhagie en 1837. En 1877, sans cause appréciable, il se mit à uriner plus souvent que de coutume, mais le jour seulement, et surtout quand il avait marché ou fatigué plus que d'habitude. La miction était assez douloureuse, surtout en commençant. Les envies d'uriner devinrent de plus en plus fréquentes, le malade urinait certains jours, toutes les cinq minutes. Depuis cette époque, jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital Necker, sa cystite persista à peu près avec la même intensité avec quelques intermittences de temps en temps. Jamais il n'a eu de sang dans les urines.

*Examen du canal.* On introduit facilement l'explorateur n° 17. — *Toucher rectal.* Résultats négatifs en ce sens que la prostate paraît un peu grosse, mais sans bosselures et de consistance normale. Les vésicules séminales semblent également indemnes de tout envahissement tuberculeux.

Rien d'appréciable aux épидidymes. L'état vésical est toujours le même, les mictions sont très-nombreuses, et très-peu abondantes. Les urines laissent au fond du verre un dépôt blanchâtre et laiteux qui contient surtout du pus. L'état général est peu satisfaisant.

Le malade a présenté ces symptômes jusqu'au mois de février 1878. L'état vésical n'a été modifié en aucune manière par le traitement, et il est mort le 11 février avec tous les symptômes de la cachexie tuberculeuse.

**AUTOPSIE.** Les *poumons* présentent de nombreuses cavernes

dans le 1/3 supérieur, et des tubercules à toute période d'évolution dans toute leur hauteur.

*Reins.* Le rein gauche pèse 150 grammes. Il paraît absolument sain. Le rein droit est pâle et anémié. Il pèse 130 grammes. Le bassinet est dilaté, rempli de pus. Dans l'épaisseur du parenchyme, mais plus près de la périphérie, on constate plusieurs cavernes variant du volume d'un pois à celui d'une petite noix, et limitées par une porte résistante. L'extrémité inférieure est plus malade, et la lésion s'étend presque jusqu'à la périphérie, en certains points même toute substance rénale a disparu, et il ne reste plus que la poche tuberculeuse.

Les *testicules* sont sains. La queue de l'épididyme gauche est un peu indurée. La *vessie* est un peu rétractée. Elle est uniformément épaissie dans toute son étendue. L'hypertrophie paraît porter principalement sur la muqueuse qui est blanchâtre, et friable en certains points.

Toute la surface interne de la vessie est parsemée de nombreuses granulations tuberculeuses, les unes jaunes, les autres grises, demi-transparentes. Les granulations grises, récentes, occupent principalement le sommet et les parties latérales, tandis que le bas-fond et le col sont tapissés par des granulations jaunes, plus avancées dans leur évolution.

Dans le bas-fond, à gauche et en arrière, on trouve une ulcération peu profonde, allongée, et ne dépassant pas la couche muqueuse. C'est surtout au niveau du col vésical que les lésions sont le plus accusées, et les plus profondes. Ces ulcérations, diffuses dans tout le bas-fond, sont cependant manifestement plus nombreuses au pourtour du col, et disposées en un véritable anneau ; elles sont plus profondes en ce point qu'en toute autre région, et plus avancées dans leur évolution.

Non-seulement le col vésical est atteint, mais aussi la région prostatique de l'urèthre, et de chaque côté du vérumontanum, on trouve des granulations très-apparentes. La région spongieuse de l'urèthre est absolument saine. La prostate est normale.

Cette observation se rapproche à beaucoup d'égards de celles qui ont été présentées à la Société anatomique par MM. Tarnier et de Marignac, non-seulement au point de vue des symptômes cliniques, mais aussi et surtout au point de vue de la localisation des lésions anatomiques.

En effet, des observations précédemment citées, et, de celle que nous présentons, il résulte d'une façon bien nette : Que la tuberculose vésicale débute par le col de la vessie ; là, en effet, les lésions sont les plus anciennes, et c'est de ce point

que partent les granulations pour envahir le reste de l'organe et le canal de l'urèthre.

Cette disposition est en rapport avec les symptômes primitifs accusés par les malades. Ce sont, d'abord, des phénomènes de cystite du col, douleur à la fin de la miction, mictions fréquentes et peu abondantes, ténésme vésical, souvent hématurie, bien que cette dernière ait manqué dans le cas actuel.

Ces symptômes pourraient, jusqu'à un certain point, être comparés à ceux qui se passent à la partie supérieure de l'appareil respiratoire. Au début, les tuberculeux ont une toux sèche, sans expectoration revenant souvent par quintes, des hémoptysies, alors qu'il n'existe aucune ulcération des poumons, ou même de l'appareil respiratoire. Ici, c'est la vessie, le col surtout qui réagit le premier, et rien d'étonnant que la tuberculose vésicale, se traduise d'abord par les symptômes d'une cystite du col de quelque nature qu'elle puisse être.

**23. Deux lipômes sous-cutanés, symétriques à la partie antérieure des deux cuisses; recueillis à l'amphithéâtre des hôpitaux; sujet de 35 ans, homme; par le docteur SCHWARTZ, professeur.**

**24. Angiôme sous-cutané circonscrit, du pouce; par le même.**

Tumeur située au niveau de la face dorsale du pouce droit, non adhérente à la peau ni aux tissus profonds. Grosseur d'une noix, facilement énucléable; à l'examen : *Angiôme sous-cutané* simple, circonscrit, traversé par un filet nerveux, dont quelques ramuscules se perdent dans la tumeur.

M. BERGER. Ce fait est intéressant, car on savait jusqu'ici combien les angiômes sont douloureux, mais on n'avait pas encore pu suivre les ramifications nerveuses jusque dans la tumeur même.

**25. Cancer du larynx. — Trachéotomie. — Mort;**  
par LATIL, interne provisoire.

Le 29 janvier, entré à l'Hôpital temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 24 (service de M. RENDU), un homme, âgé de 46 ans, commis aux écritures, d'une constitution robuste, présentant une toux fréquente et une aphonie presque complète. Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a toujours joui d'une

bonne santé, seulement il avoue qu'il se livre à des excès alcooliques habituels, et qu'il fume avec excès.

Il y a trois mois, il commença à tousser un peu, à avoir de la peine à avaler les aliments solides, en même temps il maigrit notablement et perdit l'appétit. Ce qui a toujours dominé chez lui, c'est la difficulté de la déglutition. La voix, d'abord enrouée, devint brusquement aphone dans l'espace d'une nuit. Il y a un mois survinrent des hémoptysies assez abondantes, qui se répétèrent à plusieurs reprises.

A son entrée on constate que le malade est très-amaigri, très-pâle et d'une teinte cachectique. Il se plaint surtout de la difficulté de la déglutition, les liquides passent assez facilement, mais les aliments solides provoquent une assez vive douleur, donnent lieu à des quintes de toux et souvent sont rejetés. La pression au niveau du larynx est douloureuse et on peut constater à la palpation un peu d'empâtement de la région. La voix est complètement aphone. La toux est fréquente. L'expectoration abondante: crachats muco-purulents striés de sang d'une odeur fétide. La respiration est un peu sifflante, mais il n'y a pas de cornage vrai.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : à la percussion : submatité légère au tiers supérieur du côté droit, en avant en arrière, sonorité normale dans le reste de l'étendue ; à l'auscultation : le murmure vésiculaire est remarquablement affaibli, le retentissement du bruit laryngé couvre tout autre bruit pulmonaire, on ne perçoit de râles en aucun point.

4 février. — L'expectoration est très-abondante, le malade remplit plusieurs crachoirs ; les crachats sont sanglants, spumeux et d'odeur fétide. La déglutition est toujours très-difficile et douloureuse. La gêne de la respiration n'a pas progressé. Pas de nouveaux signes d'auscultation.

8 février. — Le malade accuse une gêne respiratoire plus notable. Inspiration sifflante et prolongée, expiration plus facile. La déglutition des solides est possible, mais très-sensible. La toux est fréquente et l'expectoration toujours très-abondante, les crachats sont sanglants, très-spumeux et fétides. On remarque aussi un peu de fétidité de l'haleine. Le sifflement laryngé empêche de percevoir les modifications des bruits pulmonaires. Les forces du malade déclinent rapidement, il n'y a pas de diarrhée.

11 février. — Dans la nuit, le malade est pris, assez brusquement, d'un accès d'étouffement : on le trouve assis sur son lit, en proie à une véritable orthopnée; l'aphonie est complète, on perçoit de temps à autre un sifflement inspiratoire entrecoupé. Phénomènes de tirage et de dépression épigastrique.

Le visage est remarquablement pâle, couvert de sueurs, les extrémités sont froides, le pouls insensible. On pratique d'urgence la trachéotomie, l'opération, rapidement faite, ne présente pas de difficultés, et la respiration se rétablit par la canule.

12 février. — Le malade, depuis l'opération, n'a pas repris connaissance. La respiration se fait librement par la canule, mais on perçoit du râle trachéal abondant, le pouls est très-petit. — Le malade succombe vers le soir.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du larynx on trouve une ulcération, dont le fond est tapissé de bourgeons fongueux et grisâtres. Cette ulcération s'étend en bas jusqu'au niveau des cordes vocales supérieures, latéralement elle a détruit les replis aryténo-épiglottiques. L'épiglotte est presque complètement détruite et transformée en une masse fongueuse. L'ulcération s'arrête en haut, assez exactement, au niveau des replis glosso-épiglottiques. Au niveau du repli aryténo-épiglottique droit, on observe une tumeur de la grosseur d'une petite aveline, blanche et lisse à sa surface, creusée d'une petite excavation.

Les ganglions cervicaux, situés sous les sterno-mastoïdiens, ne sont pas atteints de dégénérescence.

Poumons. — Congestion assez intense aux deux bases, sains dans le reste de leur étendue, pas de traces de tubercules. Les autres organes n'offrent rien à noter.

RÉFLEXIONS. — Nous ferons remarquer que la véritable nature de la lésion n'a été reconnue qu'à l'autopsie. L'abondance de l'expectoration, les hémoptysies répétées, l'amaigrissement du malade avaient fait porter le diagnostic de *laryngite tuberculeuse*. Le rétrécissement du sifflement laryngé couvrant tout bruit pulmonaire, avait empêché d'accorder beaucoup de confiance à l'auscultation, qui avait toujours donné des résultats négatifs. Mais il est certain que l'examen laryngoscopique, s'il eût été pratiqué, eût fait découvrir la véritable nature de l'ulcération.

#### 26. Cancer de la vessie ; par AVYZOU, interne des hôpitaux.

Malade de 66 ans, concierge, admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour une rétention d'urine. Au moment de son entrée il déclare qu'il n'a pas uriné depuis deux jours. La vessie est, en effet, très-distendue et l'interne de garde pratique sans difficulté le cathétérisme qui donne issue à un litre et demi environ d'urine ammoniacale contenant des grumeaux et des débris brunâtres.

Le malade déclare souffrir depuis trois mois. Il éprouvait

au début une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec des envies fréquentes d'uriner. Il souffrait en même temps d'une constipation très-rebelle, et perdait peu à peu l'appétit.

Dépérissement graduel. A plusieurs reprises le malade a rendu du sang noirâtre dans les urines. Avant d'être pris d'accidents de rétention il avait eu de l'incontinence d'urine.

*1<sup>er</sup> janvier. Etat actuel.* Teint jaune paille caractéristique. Face amaigrie. Le malade déclare s'être beaucoup affaibli depuis trois mois. M. Richet sonde le malade avec une sonde métallique à grande courbure, et passe très-facilement. Il sort un verre d'urine ammoniacale avec des débris fétides : des bulles de gaz sont mêlées au liquide.

Au toucher rectal on sent, à sept centimètres de l'anus, une masse sphérique, grosse comme le poing, qui fait saillie dans le rectum, et qui occupe la paroi antérieure. Les tuniques du rectum ne paraissent pas envahies par la tumeur ; la muqueuse ne présente d'ulcération en aucun point. Il n'y a donc pas de fistule recto-vésicale qui puisse expliquer la présence de gaz dans la vessie. A la palpation de la paroi abdominale on reconnaît qu'elle est souple dans toute son étendue. Cependant, au niveau de l'hypogastre la pression est douloureuse et l'on sent son empatement profond.

Douleurs vives dans tout le bas-ventre. Gêne considérable dans la marche. Léger œdème des jambes au niveau des malléoles. — *Diagnostic. Cancer de la prostate et du col de la vessie.*

*2 janvier.* La rétention d'urine a fait place à de l'incontinence. Le malade perd constamment ses urines. Pas d'appétit. Epreuve parfois des nausées. Constipation.

*15 janvier.* Rien de saillant. Le malade se plaint de souffrir beaucoup. La tumeur augmente de volume ; bosselures au-dessus de la symphyse pubienne sous la paroi abdominale. Il y a toujours incontinence d'urine. Affaiblissement graduel. Œdème des jambes augmente. Pas d'épanchement ascitique. Le malade ne va à la selle que par lavements.

*16-24 janvier.* Quelques vomissements de temps en temps. La maladie continue son cours sans autre complication.

*26 janvier, 2 février.* Dans une période de huit jours le malade éprouve des hoquets pendant la plus grande partie de la journée. Impossible de les faire cesser.

*3 février.* Vomissements surviennent de nouveau. Le malade avale à peine un peu de bouillon et de vin. Etat de somnolence permanent. Urines toujours ammoniacales : l'incontinence dure toujours. La peau du malade est sèche et flétrie, le pouls est petit ; la température abaissée comme dans toutes les maladies des voies urinaires. T. R. 36°,7.

*4-8 février.* Le malade continue à se traîner. Toujours même

état de prostration et de somnolence. Fuliginosités de la langue.

9 février. T. R., 36°,4.

10 février. Mort dans le marasme à 9 heures du soir.

AUTOPSIE le 12 février, 36 heures après la mort. Développement considérable du tissu graisseux dans toutes les parties de l'économie. L'épiploon et l'intestin en totalité sont doublés d'une grande quantité de graisse. La *vessie* est enlevée avec la verge et le rectum par la coupe ordinaire du pubis. Le rectum est absolument sain. La surface interne de la vessie est tapissée, principalement au niveau de sa face postérieure de détritus brunâtres qui correspondent à une tumeur grosse comme un poing d'adulte, située dans l'épaisseur de la paroi vésicale, plus à gauche qu'à droite. A la coupe, aspect ordinaire du cancer.

La *prostate* est complètement saine; elle n'est pas même hypertrophiée. La tumeur vésicale n'a pas contracté d'adhérence avec les parties voisines. Les *reins* sont atrophiés. Tissu très-dur. Petits kystes sur la substance corticale.

Les *poumons* n'offrent rien de particulier à noter. Le *cœur* est graisseux et flasque. Plaques athéromateuses sur l'endocarde et à la surface interne de l'aorte. Toutes les artères sont d'ailleurs athéromateuses.

En résumé une erreur de diagnostic a été commise, mais l'erreur portait simplement sur le siège de la tumeur cancéreuse, que l'on sentait après avoir introduit deux phalanges dans le rectum, c'est-à-dire à la hauteur où se trouve habituellement la prostate.

**27. Ictère chronique. — Cancer du foie et de l'épiploon ;**  
par Mossé, interne des hôpitaux.

Cazard, Jean, garçon de magasin, 38 ans, entre le 4 janvier 1878 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, lit n° 8 (service de M. OULMONT).

*Antécédents.* Bonne santé antérieure, sauf une rougeole et une bronchite légère il y a sept ans : jamais d'excès alcooliques.

Il y a quatre mois et demi, courbature générale, malaise, inaptitude au travail, perte d'appétit, urines chargées : après huit jours environ de cet état, ses camarades ayant remarqué qu'il avait les yeux jaunes, notre malade prit un purgatif, et ce jour-là il s'aperçut lui-même tout à coup qu'il était devenu tout jaune : l'ictère ne disparaissant point, le malade entre bientôt à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Denis), où déjà alors on constate que le foie est gros ; il sort après quinze jours de traitement ayant encore la jaunisse et une légère diarrhée :



l'ictère est toujours demeuré ce que nous le voyons aujourd'hui, vert-jaune ; la coloration de la peau n'a pas sensiblement changé depuis le début, et n'a jamais été accompagnée de phénomènes douloureux pouvant donner l'idée de coliques hépatiques, cependant il faut signaler une douleur épigastrique avec point correspondant dans le dos, éprouvée par le malade, tout à fait au début et qui s'est depuis reproduite encore une fois : l'appétit est assez bien conservé ; quelques démangeaisons à la peau : il n'y a jamais eu de vomissements de sang, ni d'hémorroïdes ; bien que l'ictère remonte à plus de quatre mois, il n'y a qu'un mois seulement que les selles sont grisâtres, décolorées ; au début, au contraire, elles étaient jaunes.

*État actuel.* Malade un peu amaigri ; la peau est d'un jaune foncé, offrant par places irrégulières quelques pétéchies : l'abdomen n'est pas très-distendu, il n'y a point d'ascite. Foie très-volumineux, empiétant sur la région épigastrique et l'hypochondre gauche, paraissant abaissé : la limite du bord supérieur déterminée par sa percussion, commence au-dessous du mamelon : la face convexe dépasse les fausses côtes de plusieurs centimètres : accessible à la palpation à travers les parois abdominales, elle est dure, mais n'offre pas d'irrégularités ; le bord inférieur est dur, régulier ; la palpation le limite assez nettement pour permettre de le dessiner, il s'étend en suivant une ligne oblique depuis deux centimètres et demi ou trois environ au-dessous du creux épigastrique jusqu'à l'ombilic ; là, on trouve une tumeur volumineuse, occupant la place de la vésicule biliaire, sur le bord inférieur du foie, et paraissant en effet n'être autre chose que cette dernière rénitente et distendue : toutefois, malgré sa forme et sa situation, sa dureté et sa consistance indiquent quelques réserves à faire à cet égard : à partir de l'ombilic, la limite inférieure du foie se dirige un peu obliquement en arrière, puis remonte et devient plus profonde. Pas d'ascite ; pas d'œdème des membres inférieurs.

La rate ne paraît pas augmentée de volume : urines ictériques ; noir acajou. *Traitement.* Eau de Vichy ; 30 centigrammes de calomel.

13 janvier. La quantité d'urine diminue un peu depuis deux ou trois jours : dans les dernières vingt-quatre heures, elle n'a été que de 900 grammes à peine ; coloration vert noir ; l'appétit se conserve cependant assez bien et l'ictère paraît même diminuer d'intensité.

16 janvier. — Foie toujours aussi volumineux, sans irrégularités. Même état. Même traitement : eau de Vichy tous les deux ou trois jours ; calomel, 30 centigr.

20. — La tension est moins marquée dans la tumeur qui occupe et dépasse le bord inférieur du foie au niveau de l'ombilic, la peau glisse facilement à son niveau et il semble bien maintenant que c'est uniquement à la vésicule distendue que nous avons affaire.

22. — Urines moins foncées, brunâtres, laissent un dépôt au fond du vase. Hier matin, le malade se trouvait fatigué, il semblait y avoir de la fièvre, la peau paraissait chaude; mais le thermomètre, placé dans l'aisselle, ne monte qu'à 37°,6. Bronchite légère : julep, diacode, tolu.

3 février. — Le foie ne change pas de volume, mais depuis quelques jours on commence à voir se développer les veines sous-cutanées de l'abdomen; en même temps, on reconnaît qu'il y a une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. L'état général devient mauvais.

40. — L'ascite se développe très-rapidement. Le ventre est maintenant distendu, le foie roulé par en haut; il devient difficile, à cause de l'abondance de l'épanchement, de délimiter son bord inférieur par la palpation, comme on le faisait auparavant. En déprimant légèrement la paroi, on arrive cependant sur la face convexe, et on trouve une petite masse dure, arrondie, inégale, développée à 3 centimètres environ au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le malade maigrit beaucoup, l'appétit est perdu, l'état général devient grave. L'expectoration entraîne des crachats noirâtres et une petite quantité de sang, l'auscultation et la percussion n'indiquent aucune complication pulmonaire; quelques râles. Dans la soirée, le malade, qui jusqu'ici n'avait pas vomi, remplit une cuvette de vomissements noirs. Ces vomissements se sont encore renouvelés pendant la nuit, mais moins abondants; les urines sont presque complètement supprimées, et le matin, à la visite, il nous est impossible d'en avoir.

Pas d'œdème des membres inférieurs; l'affaissement va croissant.

42. — Dans la journée d'hier, vomissements noirs en très-petite quantité. Le malade est très-faible, prend un facies excavé, la teinte ictérique qui avait semblé, comme nous l'avons indiqué, diminuer quelques jours après l'entrée du malade, est devenue vert-foncé depuis plusieurs jours déjà et s'accuse maintenant de plus en plus.

Pas de constipation; selles argileuses: urines rares, 250 gr. dans les 24 heures; elles ne contiennent pas d'albumine. L'examen au microscope ne fournit également qu'un résultat négatif (n'a été fait qu'une fois).

43. — Même état: le malade est dans le décubitus latéral,

*sub delirium*. L'examen des organes thoraciques ne paraît indiquer aucune complication de ce côté.

Mort le 14, à 8 heures du matin.

AUTOPSIE, le 15 février. — Dès que l'abdomen est ouvert, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux jaunâtre, contenu dans le péritoine, et auquel se trouvent mêlés des flocons gélatineux, colorés également en jaune. Le grand épiploon est farci de petites masses cancéreuses, de consistance variable, et dont quelques-unes sont ramollies comme du cancer colloïde, d'autres, au contraire, sont dures.

Le foie est énorme : il occupe, ainsi que nous l'avons dit, les régions de l'hypocondre droit, de l'épigastre, dépasse très-notablement, en bas, les fausses côtes, occupe en partie la région lombaire droite et celle de l'ombilic; sa surface est parsemée de petites élevures de volume variable et de coloration blanchâtre, qui tranchent sur la coloration ardoisée de l'organe; il existe, en outre, sur le lobe gauche, à une petite distance de son extrémité et voisine du bord inférieur du foie, une petite tumeur dure, du volume d'une noix; c'est celle qui était sentie pendant la vie à 3 ou 4 centimètres au-dessous et en dehors du creux épigastrique. A la coupe, on voit que tout le parenchyme est pour ainsi dire infiltré de petites masses cancéreuses blanchâtres, analogues à celles qui se voient à la surface. A part la tumeur indiquée plus haut, il n'y a pas de gros noyaux cancéreux.

La vésicule biliaire rénitente, distendue, forme une tumeur qui descend jusqu'au niveau de la cicatrice ombilicale, derrière laquelle elle est située, et que son bord inférieur dépasse en bas; c'est elle qui constitue la tumeur sentie immédiatement sous la peau dans cette région. La vésicule porte sur sa face externe une plaque épaisse colorée en jaune : quand on incise la poche, il s'écoule un liquide blanc-verdâtre, qui ne ressemble pas à la bile ordinaire; il n'y avait point de calculs. A l'œil nu, la face interne de la poche n'offre rien de particulier à noter. — Le poids du foie est de 4,030 grammes.

Au microscope, les lésions qui ont été examinées par M. Déjérine dans le laboratoire de M. Vulpian, ont offert les caractères du cancer du foie, les canaux biliaires n'étaient pas atteints dans la partie soumise à l'examen histologique, mais étaient dilatés. La face inférieure du diaphragme en rapport avec le foie offrait de petites élevures de nature cancéreuse très-probablement, et semblables à celles qui se trouvent dans l'épiploon et quelques autres parties du péritoine. La rate n'offre rien de particulier à signaler; son volume est à peu près normal.

L'estomac contient une matière noirâtre tout à fait analogue

au marc de café : la muqueuse est un peu ramollie mais sans érosion ou ulcération. En aucun point de sa surface, ni sur les autres parties de l'estomac on ne trouve la moindre lésion pouvant se rapporter au cancer.

Reins, parenchyme coloré en jaune, paraissent sains à l'œil nu. Dans le petit bassin, à droite, sur la partie latérale de la prostate, on trouve une petite tumeur aplatie allongée, de couleur grisâtre et sans continuité apparente avec cette glande, ni avec les vésicules séminales : une partie de cette tumeur a été portée au laboratoire du Collège de France afin d'en déterminer la nature.

Les poumons offrent, surtout celui du côté droit, un semis de petites granulations, grosses en moyenne comme des grains de chénévis et occupant seulement leur surface externe ; en faisant des sections de ces petites tumeurs, on voit qu'elles ne pénètrent pas le parenchyme pulmonaire, elles sont limitées à la surface pleurale et ne ressemblent en rien aux granulations tuberculeuses. L'état du foie ainsi que celui de la face inférieure du diaphragme permet de penser que le cancer s'est généralisé du côté de la plèvre.

Cette observation offre un exemple des difficultés que peut présenter au lit du malade le diagnostic de la cause prochaine d'un ictère chronique. Au moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, la marche des accidents antérieurs, le volume énorme du foie, l'absence d'ascite pouvaient permettre de penser, bien que la rate ne fût pas augmentée de volume, qu'on avait très-probablement affaire à une cirrhose hypertrophique. M. Oulmont, cependant, pensa dès les premiers jours à un cancer du foie, mais bientôt après, il abandonna cette idée pour songer à une hypermégalie de l'organe sans cirrhose, quand les symptômes parurent s'amender et l'ictère diminuer d'intensité ; les réserves faites lors du premier diagnostic paraissaient en effet d'autant plus justifiées, que le malade n'était pas encore très-âgé (38 ans) et que les fonctions digestives étaient à peu près conservées. Mais ensuite le tableau clinique change brusquement, les symptômes s'aggravent avec une très-grande rapidité et prennent une marche fatale à bref délai, les vomissements noirs qui surviennent à cette période semblent alors mettre hors de doute l'existence d'un cancer du foie consécutif à un cancer de l'estomac. L'autopsie est venue montrer que c'était bien à un cancer du foie qu'on avait eu affaire, mais contrairement à ce qui arrive dans la très-grande majorité des cas, l'estomac n'avait pas été atteint.

*Séance du 22 février 1878.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**Tumeur cancéreuse du corps thyroïde. — Propagation au larynx;** par GILBERT BALLEZ, interne des hôpitaux.

Marie Egaz, âgée de 59 ans, couturière, entrée le 8 février 1878, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr PÉAN.

La mère de la malade est morte d'un catarrhe bronchique. — Son père a succombé à un cancer de l'estomac qui aurait « duré pendant dix ans » (?).

Bonne santé habituelle. Fréquents maux de tête. — Depuis dix ans eczéma généralisé, qui disparaît par intervalles et récidive. Réglée à 15 ans. A eu trois enfants à terme. Règles ont disparu il y a 4 ans.

Il y a 3 mois, la malade s'est frappée la tête contre un clou. C'est à cette époque que, pour la première fois, elle a vu apparaître au cou « deux petites glandes. » — Ces deux petites tumeurs sont restées stationnaires pendant un mois et demi. Il y a 5 semaines, leur volume s'étant rapidement accru, la malade est allée consulter un médecin. A cette époque : vives douleurs de tête, pas d'étouffements. — Depuis ce moment la tumeur aurait peu augmenté, mais la malade a commencé à éprouver des crises de suffocation, la voix est devenue enrouée et la dysphagie est apparue.

*Etat actuel :* (8 février). La malade est pâle, amaigrie. Elle a perdu ses forces.

Il existe une dysphagie très-prononcée. Impossibilité d'avaler les aliments solides. Nous faisons mâcher une boulette de mie de pain, grosse comme une petite noisette. La patiente essaye de l'avaler ; elle est prise d'un accès de toux, et la rend. — Cette dysphagie serait survenue depuis 5 semaines. La malade prétend qu'avant cette époque elle mangeait bien. — Le bouillon et la tisane passent, quoiqu'avec quelque difficulté. Le tapioca n'est dégluti que très-difficilement.

La malade éprouve des douleurs spontanées de chaque côté du cou, surtout à gauche. De ce côté les douleurs s'irradient

à la tête et surtout derrière l'oreille. En ce point elles sont franchement lancinantes. Elles se propagent aussi à la région acromio-claviculaire et à la nuque. Dans cette région elles ont le caractère de « pincement. »

Ces douleurs ne sont pas continues et se manifestent surtout le soir. La pression ne provoque pas de souffrances sur la région antérieure du cou. A droite, la douleur provoquée existe, mais peu vive. A gauche, au contraire, elle est très-prononcée. La voix est enrrouée, comme à demi voilée. Cet enrrouement est continu, mais diminue à certains moments pour augmenter à certains autres. L'inspiration est bruyante, l'expiration un peu forte, mais moins retentissante que l'inspiration. — Parfois, il se manifeste un cornage très-marqué. La malade se plaint d'une dyspnée très-vive. De temps en temps, elle est prise de crises de suffocation. La salivation est abondante. — Pas de crachements de sang. La patiente accuse une sensation de froid du côté gauche de la face.

A l'inspection du cou, on découvre une tumeur occupant la région sous-laryngée. Cette tumeur est très-volumineuse à gauche, beaucoup moins à droite et en avant. Elle est dure, un peu élastique, à surface irrégulière, indépendante de la peau.

Le larynx, tout en ayant gardé une certaine mobilité, présente cependant des mouvements ascensionnels moins marqués qu'à l'état normal. — La saillie du cartilage thyroïde est en partie dissimulée par la présence de la tumeur. — La trachée paraît déviée à droite.

La dyspnée étant extrême, les crises de suffocation se rapprochant, nous croyons urgent de pratiquer la trachéotomie avec l'aide de notre collègue, M. Audouard. — Après avoir procédé à l'incision cutanée sur la ligne médiane, nous tombons sur une masse lardacée, qui se laisse couper avec facilité et donne peu de sang. La trachée, rejetée vers la droite, n'est trouvée qu'avec difficulté, après de longs tâtonnements. Après l'introduction de la canule, la malade respire aisément; elle passe bien la journée. — Le lendemain 9, elle paraît bien; le 10, elle s'affaïsse et elle succombe dans la soirée du 11 février.

AUTOPSIE : Il ne nous a pas été possible de pratiquer l'autopsie complètement, nous avons dû nous borner à enlever le larynx et les parties avoisinantes.

En avant de la trachée existe une tumeur irrégulière, présentant deux lobes, dont le gauche est beaucoup plus volumineux que le droit. Sur la partie médiane nous retrouvons les traces de l'incision, que nous avons été obligés de faire dans le tissu même de la tumeur, pour arriver à la trachée. Cette tumeur est développée aux dépens du corps thyroïde. Le lobe

gauche a le volume d'une petite orange; le droit, celui d'une noix. Les parties sont tellement déformées, que ce n'est qu'après une dissection minutieuse et par voie d'élimination que nous arrivons à conclure que nous sommes en présence d'une tumeur de la glande thyroïdienne. — Le tissu en est lardacé, anfractueux. Dans une de ces anfractuosités, à gauche, nous trouvons une concrétion calcaire, ovoïde, du volume d'une grosse amande.

Les ganglions du cou, de chaque côté de la trachée et du larynx, sont dégénérés et font corps avec la tumeur. La carotide primitive gauche, logée au milieu de la masse indurée, lui est adhérente dans sa partie supérieure. A ce niveau les parois de l'artère paraissent, à l'œil nu, atteintes de dégénération. Elles sont plus friables qu'à l'état normal. — Le calibre du vaisseau est un peu inférieur à celui de l'artère du côté opposé. Cet état anormal de la carotide pourrait peut-être expliquer la sensation de froid que la malade accusait du côté gauche de la face.

Le pneumo-gastrique gauche est, lui aussi, compris dans la masse de la tumeur. Il ne lui est pas adhérent, mais paraît un peu comprimé. — L'œsophage est aplati, on n'y fait passer qu'avec difficulté le manche d'un porte-plume. Ses parois sont d'ailleurs saines.

Le larynx fait corps avec la masse cancéreuse. En l'examinant, nous constatons dans ses parties supérieures des lésions secondaires, que M. le Dr Ch. Fauvel avait reconnues du vivant de la malade, par l'examen laryngoscopique et qui sont exactement mentionnées dans le compte rendu que ce dernier a bien voulu nous remettre. Les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures, surtout la droite, sont œdématiés. Dans la partie sous-glottique, on découvre deux plaques blanchâtres, comme lardacées, de la largeur d'une pièce d'un franc, intéressant la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Entre ces plaques blanchâtres, et à leur périphérie, la muqueuse est violacée, mais présente une consistance normale.

L'examen microscopique de la tumeur, que nous n'avons pas eu le temps de pratiquer, sera fait ultérieurement. — Nous sommes déjà autorisés à conclure, d'après l'examen macroscopique des lésions, que nous avons eu affaire à un cancer ayant envahi le corps thyroïde et le larynx inférieur.

La tumeur paraît avoir eu la glande pour point de départ. Les lésions cancéreuses qu'on observe dans le larynx, vu leur peu d'étendue, ne sont bien évidemment que consécutives.

**Grossesse extra-utérine. — Adhérences du fœtus au placenta. — Mâle boté. — Syndactylie. — Utérus normal;**  
par A. MOSSÉ, interne des hôpitaux (1).

Chabaud Victorine, 25 ans, domestique, entre le 18 janvier 1878, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 1 (service de M. OULMONT). Cette malade a été prise, avant-hier, de frissons, point de côté; aujourd'hui, il y a une dyspnée intense, matité en arrière et à gauche; où l'auscultation fait reconnaître les autres signes physiques de la pneumonie. Bientôt après, le poumon droit se prend également. Les symptômes de cette affection thoracique, devenant de jour en jour plus graves, avaient plus particulièrement attiré notre attention jusqu'au moment de la mort (28 janvier). Toutefois, la malade, au moment de son entrée, nous avait paru très-inquiétée par ce fait que les règles (?) ayant été brusquement interrompues lors du frisson initial de la pneumonie; avaient reparu deux jours après sous forme de suintement. Aucun autre phénomène n'attire l'attention du côté des organes génitaux, cette femme nous raconte cependant qu'il y a 6 mois, elle a eu une métrorrhagie et une fausse couche suivie de métrite interne pour laquelle elle a été traitée pendant quatre mois, dans le service de M. le professeur Sée.

M. Sevestre, qui avait vu la malade avant son entrée à l'hôpital et qui l'a observée à cette période de la maladie, particulièrement intéressante au point de vue clinique, avait admis, d'après l'ensemble des symptômes, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. L'autopsie a démontré que ce diagnostic probable était parfaitement justifié.

**AUTOPSIE**, le 30 janvier. — Adhérences pleurales au sommet du poumon droit; hépatisation grise du lobe moyen; même lésion à gauche prédominant vers le sommet.

Cœur, rien de particulier à noter. Caillots fibrineux.

En ouvrant l'abdomen, on trouve une masse volumineuse irrégulière, décoloration noire par places, marbrée sur d'autres, située dans l'excavation pelvienne dont elle dépasse en haut le détroit supérieur, et assez nettement placée sur la ligne médiane pour pouvoir d'abord être prise pour l'utérus dont elle rappelle la forme générale, malgré son irrégularité.

---

(1) Deux dessins sont déposés dans l'album de la Société, et la pièce conservée au *Musée Dupuytren*.



Le péritoine, dans la partie qui recouvre la paroi abdominale antérieure, est noirâtre, marbré de petites taches nombreuses et ressemblant pour la plupart aux pétéchiés du scorbut, mais très-foncées. Sur le mésentère et les épiploons, il existe des marbrures analogues, mais moins noires; le cœcum est entouré d'un magma de coloration noire, qui le rattache à la partie sous-jacente de la fosse iliaque, à laquelle il adhère.

Le petit bassin contient aussi dans la partie postérieure une petite quantité d'une matière de même couleur et de même nature que celle qui entoure le cœcum.

Toutes ces lésions paraissent être les restes d'une ancienne hémorrhagie interne; on ne rencontre cependant ni fausses membranes, ni caillots anciens à ce niveau. La rate est normale; les reins ont des dimensions normales, à l'œil nu ils paraissent sains; le foie offre la consistance du foie gras.

La pièce pathologique, d'abord prise pour l'utérus, est enlevée avec tous les organes annexes afin de pouvoir être étudiée en détail. On s'aperçoit alors que l'on a affaire à une tumeur bien distincte de cet organe, en arrière et au-dessus duquel elle est située, ce qui avait d'abord empêché de le voir; l'utérus, en effet, est normal; il n'est pas augmenté de volume; la cavité utérine, ouverte par une incision faite sur la ligne médiane le long de la face postérieure, n'est pas élargie; on ne trouve rien qui puisse être pris pour une caduque; les parois sont lisses et offrent l'aspect qu'elles ont en dehors de toute gestation; l'on aperçoit en haut et de chaque côté du bord supérieur l'orifice des trompes qui ne présente non plus aucune anomalie.

Les organes annexes du côté gauche paraissent sains, et n'offrent à signaler qu'une déviation légère dans la position de l'ovaire, position rendue fixe par quelques petits replis minces et très-transparents, qui cèdent facilement sous le doigt et laissent, sans la moindre résistance, placer l'ovaire dans sa position habituelle. (C'est ce qui a été représenté dans le dessin joint à l'observation.) Petit kyste ovulaire rattaché à la trompe.

Du côté droit, il existe des modifications considérables. La trompe, après un trajet de quelques centimètres, s'arrête brusquement et offre une solution de continuité; la déchirure est complète, et telle, qu'il ne reste de cet organe à peu près que la moitié correspondant à l'utérus. L'ovaire se voit en arrière et au-dessous de celle-ci, et le ligament large, paraît se continuer à son extrémité, avec la tumeur placée derrière l'utérus; celle-ci, dont l'enveloppe a cédé pendant l'ablation sur un point où elle était très-amincie, est constituée par une poche contenant le produit d'une grossesse extra-

utérine; le placenta est entier et constitue les parois de la poche qui renferme un fœtus, âgé de quatre à cinq mois environ; ses connexions avec le fœtus méritent d'être décrites avec soin; le cordon est inséré à peu près au centre du placenta, il se dirige obliquement derrière le dos, puis sur la partie latérale gauche du tronc, passe au niveau de la crête iliaque gauche, trouve un peu plus bas l'extrémité inférieure du membre supérieur gauche qui vient se placer sous la cuisse dans la flexion et de telle sorte que la main adhère d'une part à la fesse, de l'autre à la jambe et au pied; le cordon contourne ensuite le pied qu'il luxe, passe entre les deux membres inférieurs entrecroisés, puis se termine à l'ombilic après avoir décrit un huit de chiffre.

Le fœtus, dont le crâne est aplati et plusieurs os de la face fracturés, présente des déformations congénitales nombreuses et des adhérences au placenta sur la moitié environ de sa surface. Celles-ci sont irrégulières, mais elles commencent en arrière suivant une ligne étendue en écharpe de la région lombaire gauche à l'aisselle droite, et cessent en avant suivant une ligne qui remonte presque sans s'infléchir du milieu de cuisse, au sommet de l'aisselle en passant sur le thorax et l'abdomen. Le membre supérieur droit est placé dans l'élévation, de telle sorte que l'extrémité inférieure de l'avant-bras correspond à la partie postéro-supérieure du crâne; il est fixé dans cette situation par des adhérences au placenta. Il résulte de cette disposition que les *membranes adhèrent au fœtus sur toute la moitié droite du tronc, et en outre à gauche, les adhérences occupent une certaine étendue.*

*Main* *boîte* palmaire à droite; la paume de la main est placée directement contre la face antérieure des deux os de l'avant-bras; ceux-ci sont bien conformés, cependant l'épiphyse de l'extrémité supérieure du radius est aplatie et inclinée sur elle-même; la cupule du radius, au lieu d'être horizontale, est obliquement dirigée en bas. Pas d'irrégularité du côté du corps. L'annulaire et l'auriculaire sont réunis.

Il existe encore d'autres déviations aux membres. Nous signalerons simplement la luxation des doigts de la main gauche qui sont déviés et inclinés en dedans sur le métacarpe: les deux derniers doigts sont réunis; les deux premiers sont déformés et les phalanges déjetées les unes sur les autres.

**RÉFLEXIONS.** — L'étude de cette pièce anatomique, ainsi que celle des symptômes cliniques dont nous devons la relation détaillée à l'obligeance de M. Sevestre, nous permet de penser que l'on a été ici en présence d'une grossesse abdominale secondaire. Le fœtus, dans une première période, s'est développé dans la partie externe de la trompe, puis est

tombé dans le péritoine, à la suite de la rupture de ce conduit. Les symptômes d'hémorrhagie interne, les accidents suraigus brusquement survenus au mois d'août, pendant que la malade sautait à la fois plusieurs marches d'un escalier, font croire que c'est à ce moment qu'a eu lieu la rupture de la trompe constatée plus tard à l'autopsie. L'état fut alors assez grave pour faire craindre la terminaison fatale à bref délai, et qui est d'ordinaire la règle dans ces cas; mais la malade a guéri assez rapidement, et quand elle est rentrée dans le service pour une affection aiguë du poumon, rien de particulier n'attirait l'attention du côté de l'abdomen, à part la suppression d'un écoulement sanguin (règles ?) survenu au moment du frisson initial.

Dans le fait qui précède, une chose nous paraît particulièrement intéressante à signaler : c'est l'état de l'utérus; celui-ci n'offrait ni augmentation de volume, ni dilatation de la cavité, ni existence d'une caduque : c'est un fait reconnu depuis longtemps (VELPEAU cependant l'avait contesté), que l'utérus, dans la grossesse extra-utérine, prend part au travail de gestation. STOLZ (*Dict. de Jaccoud, art. Grossesse*) s'exprime même en ces termes : « Il se passe dans l'intérieur de l'utérus, pendant la grossesse anormale, absolument ce qui se voit dans la grossesse normale. » Il est vrai que, plus tard, l'éréthisme qui accompagne la conception cessant, cet organe devient plus petit, mais les faits où il a été trouvé normal sont assez rares pour que NŒGELE et GRENSER, dans leur traité d'accouchement (traduct. Aubenas, 1869), après avoir signalé les modifications qui sont la règle, rapportent avec détails la description d'une pièce analogue conservée au musée de Dresde.

L'utérus était tel qu'on le rencontre en dehors de toute gestation : pour ces auteurs, « cette pièce réfute une opinion » *presque généralement répandue*, d'après laquelle l'augmentation de volume de la matrice, le développement de la caduque, etc., seraient des phénomènes *constants* dans la « grossesse » extra-utérine. » L'observation que nous avons rapportée et dans laquelle la grossesse était approximativement de cinq mois (d'après les dimensions du fœtus et les renseignements obtenus), est moins probante que celle dont il s'agit plus haut, puisqu'elle avait trait à une grossesse tubaire d'environ huit semaines, toutefois, elle nous a paru, à ce point de vue, digne de fixer l'attention, c'est ce qui explique les détails dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet.

En terminant, signalons l'existence de deux kystes ovulaires (à et b sur le dessin joint à l'observation), qui montrent

que, antérieurement à plusieurs reprises déjà, l'ovule n'avait pu suivre son trajet habituel.

Enfin, au point de vue tératologique, les adhérences du fœtus aux membranes, l'existence d'une main bote, et d'une syndactylie des deux derniers doigts de chaque main, nous paraissent aussi pouvoir mériter quelque intérêt.

Nous joignons à notre observation, l'histoire clinique de cette malade (avant son entrée à l'hôpital), telle qu'elle nous a été remise par M. le docteur Sevestre.

*Note de M. le Dr Sevestre.* — Cette malade vint me consulter dans le courant du mois de juin de l'année dernière, pour des douleurs qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. L'utérus était gros et douloureux, et j'aurais admis une métrite intense que suffisaient à expliquer les fatigues et la vie peu régulière de cette femme, si je n'avais constaté quelques signes pouvant se rapporter à la grossesse (suppression des règles depuis deux mois, picotements dans les seins qui avaient augmenté légèrement, quelques envies de vomir). — Je fis entrer la malade à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne. Sous l'influence du repos et des cataplasmes, les douleurs diminuèrent et disparurent complètement, et la malade put sortir au bout d'un mois. L'utérus était à peu près aussi volumineux qu'au moment de l'entrée, mais non douloureux; il ne dépassait pas le pubis, derrière lequel il fallait aller le chercher.

La malade reprit ses occupations de femme de chambre, et en même temps sa vie aventureuse, ne prenant aucune précaution pour éviter un avortement qu'elle paraissait plutôt désirer (du reste, elle avait déjà eu au moins une fausse-couche).

*Le 22 août*, en sautant à la fois quatre ou cinq marches d'un escalier, elle ressentit dans le ventre une vive douleur et fut, au bout de peu d'instant, obligée de se coucher. Je la vis seulement le lendemain dans la journée. Un médecin avait posé le diagnostic de péritonite et fait appliquer des cataplasmes. Le ventre était, en effet, fortement ballonné, douloureux, surtout dans le flanc gauche, mais, en même temps, la malade présentait une pâleur très-marquée et d'autant plus frappante, qu'elle avait auparavant un teint très-coloré; elle avait des menaces de syncope dès qu'elle essayait non-seulement de se lever, mais même de soulever la tête; le pouls était très-petit, à peine perceptible par moments, la peau froide. Il existait, en somme, tous les signes d'une hémorrhagie abondante, et la constatation de ces symptômes, jointe aux phénomènes abdominaux et à l'absence de tout écoulement par le vagin, me fit porter le diagnostic d'hémorrhagie intra-péritonéale. Les accidents présentaient une telle intensité, que je ne dou-

tai guère de voir succomber la malade au bout de quelques heures.

On appliqua de la glace sur le ventre, on lui fit prendre une potion cordiale avec de l'extrait de quinquina et de l'acétate d'ammoniaque, et pour boisson de la limonade alternant avec des grogs. — Le soir, elle était à peu près dans le même état, mais le lendemain, elle pouvait parler un peu, ce qui lui était tout à fait impossible la veille; le pouls était un peu plus fort; au moins était-il toujours appréciable. La douleur abdominale avait notablement diminué. — L'amélioration continua les jours suivants; on alimentait la malade autant que possible avec du bouillon, du lait, etc. Cette amélioration fut même tellement rapide que, le 27 août, on pouvait la transporter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée (salle Sainte-Jeanne, n° 2). J'étais alors en congé et ne pus suivre la malade, mais lorsque je revins, vers le 15 septembre, je la trouvai presque complètement rétablie. Il y avait encore un peu de douleur dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche; mais l'utérus était peu volumineux, le col ne présentait au toucher aucune altération notable. La malade présentait seulement une constipation habituelle, difficile à vaincre. C'est alors que, réunissant par la pensée les diverses circonstances observées chez cette malade, c'est-à-dire l'existence des signes rationnels de la grossesse, le fait évident d'une hémorrhagie interne et l'absence de développement de l'utérus, j'en vins à me demander si l'on ne pourrait admettre une grossesse extra-utérine, mais c'était là simplement une hypothèse qui n'était démontrée par aucun symptôme caractéristique.

**Thrombose d'une des branches de la grande veine mésentérique coïncidant avec une cirrhose atrophique chez un alcoolique. — Infiltration sanguine des parois de l'intestin grêle correspondant à la veine oblitérée; par CHAUQUET, interne des hôpitaux.**

Paulety, 62 ans, coiffeur, entré à l'hôpital Temporaire le 26 décembre 1876, salle Saint-André, passe en médecine le 27 dans le service de M. RIGAL, salle Saint-Anne, n° 5.

Plongé dans un semi-coma, il répond d'une façon inconsciente aux questions qui lui sont posées et il faut renoncer à tirer de lui aucun renseignement sur son état. Ceux qui l'ont apporté n'en ont guère donné de leur côté: on sait cependant que le malade est un ivrogne. L'examen complet des organes peut seul éclairer le diagnostic; voici ce qu'il révèle: la face présente les signes d'une hébétude profonde, la sensibilité y

est conservée. Les sclérotiques sont légèrement teintées de jaune et la face, comme du reste le tégument tout entier, présente la coloration subictérique. La langue est blanche.

Le membre supérieur droit est animé de trémulations ressemblant à celles de la paralysie agitante. Le repos ne les fait pas cesser et la main, malgré de légères oscillations, se porte directement vers les objets indiqués au malade. Le membre supérieur gauche ne présente aucun phénomène particulier.

Les membres inférieurs conservent leur sensibilité. A force d'excitations, on parvient à obtenir du malade qu'il les soulève au-dessus du lit; il le fait sans trembler. On constate dans toute leur étendue, un œdème assez notable; cet œdème s'étend aux parois abdominales sur lesquelles le stéthoscope imprime une trace profonde par la pression: il n'y a pas de circulation collatérale apparente. La *cavité abdominale* renferme du liquide en assez faible quantité, on le constate surtout par la percussion en faisant mettre le malade sur un des côtés. *Le foie* ne donne pas une matité à la percussion plus étendue que la normale. Pas de douleur hépatique. Pas de douleur au niveau des lombes. L'auscultation des poumons est tout à fait négative. L'examen du *cœur* fait percevoir la pointe battant mollement en dessous et en dehors du point normal. La matité est légèrement augmentée.

Pas de frémissement cataire. A l'auscultation, pas de souffle: les battements sont seulement faibles, tumultueux, très-irréguliers. Le pouls a la même irrégularité; il est rapide, 110 à 120. De temps en temps on constate des pulsations avortées qui coïncident avec des faux pas du cœur. La température axillaire est de 35°, 8. Les urines renferment du pigment biliaire en quantité notable, mais pas d'albumine. Ajoutons que depuis son entrée, le malade présente de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Le diagnostic posé par M. Rigal est cachexie alcoolique avec myocardite et probablement hépatite interstitielle malgré le volume du foie indiqué par la percussion. L'individu succombe quelques heures après son entrée.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale*. — Elle renferme trois ou quatre litres de sérosité citrine. L'intestin est comme lavé partout, sauf au niveau d'une circonvolution située vers le milieu de l'intestin grêle, qui attire immédiatement l'attention par son aspect insolite. Tandis que les voisines sont d'un blanc grisâtre, celle-ci est d'un brun rougeâtre rappelant la couleur de l'intestin sphacélé, et de fait la première idée est de croire à une gangrène limitée du viscère. D'un autre côté le tissu, tout en étant dur, n'est pas friable; il ne s'en exhale aucune odeur. Le mésentère au niveau de son insertion est dur et très-

épaissi, triplé et même quadruplé de volume. Ouvert par le bord opposé à cette insertion, l'intestin ne s'affaisse pas, tant est grande la rigidité des parois. Il continue à former une cavité cylindroïde dont les parois ont une épaisseur de quatre à cinq millimètres dans la partie centrale de la lésion. L'altération siège dans une étendue de trente-cinq centimètres environ, Aux deux extrémités de l'intestin ainsi modifié, l'épaisseur va en diminuant insensiblement ainsi que la coloration jusqu'à l'état normal. La muqueuse est tuméfiée, les valvules conniventes, très-accentuées, forment des saillies dures qui semblent gonflées par du sang. Il n'y a pas de sang dans la cavité pas plus que dans l'intestin situé au-dessous. Ce fait rapproché de celui-ci, que pendant deux jours on n'a pas constaté de sang dans les selles, peut faire exclure l'hémorrhagie intestinale.

Quelle était la cause de cet état particulier de l'intestin ? L'absence de toute odeur, la consistance des tuniques éloignait l'hypothèse d'une gangrène complète de l'intestin. Il n'existait pas de traces d'étranglement, pas d'ulcérations intestinales. L'examen attentif des artères, depuis l'aorte, a été complètement négatif, il y avait au niveau de l'embouchure de l'artère mésentérique supérieure une plaque d'athérome qui devait rétrécir la lumière du vaisseau. Mais c'était là une cause insuffisante; elle n'expliquait pas l'état d'une partie limitée de l'intestin.

L'état des veines est heureusement plus positif. Toutes celles de petit calibre qui partent de la portion de l'intestin modifié, sont remplies de caillots noirâtres. Ils se prolongent dans les veines de plus gros calibre et jusque dans le tronc de la grande mésentérique. Les caillots sont de forme variable noirâtres et mous en certains points, ils sont ailleurs fibrineux, denses. Dans le tronc de la grande mésentérique, ils présentaient au centre une sorte de cavité où existait un véritable ramollissement puriforme. Non-seulement l'oblitération existait dans le territoire de l'anse intestinale lésée, mais dans presque toutes les branches du territoire de la grande mésentérique. Les parois de la veine paraissaient saines dans toute leur étendue.

L'examen histologique de l'intestin montrait des éléments sanguins extravasés dans la tunique celluleuse et la tunique moyenne. Il en existait moins dans la muqueuse. Le péritoine était tout à fait normal. Telle était donc l'altération de l'intestin : infiltration sanguine des différentes tuniques sous l'influence d'une coagulation veineuse dans l'une des branches de la veine porte. Il est permis de supposer, puisque tout l'intestin n'était pas modifié dans les points correspondant à la veine

oblitérée, que la coagulation s'était faite d'abord dans la branche qui alimentait l'anse intestinale altérée.

Elle s'est étendue ensuite remontant jusqu'au tronc, en même temps qu'elle envahissait, par une marche descendante, les branches collatérales voisines.

Le tronc de la veine porte était vide de caillots et dans le territoire hépatique on ne trouvait rien à signaler.

Le foie était celui de la cirrhose atrophique dans une phase peu avancée de son évolution. D'une manière générale le tissu de l'organe présente une couleur d'un brun roux. Sa consistance est très-ferme.

Il existe peu de granulations à la surface et l'atrophie est en somme peu considérable. A la coupe, on trouve dans le lobe gauche, le lobe carré et le lobe de Spiegel, un même aspect.

Le tissu conserve encore une apparence ressemblant à celle du foie à part la consistance qui est fort augmentée.

C'est dans le lobe droit que l'altération est surtout considérable ; on pourrait en faire deux parties, une première périphérique, légèrement granuleuse à la surface, dure et criant sous le scalpel ne présente au milieu de sa coloration fauve que quelques points d'un jaune plus pâle. Mais au centre, il existe une sorte de tumeur formée par une masse d'un blanc jaunâtre dans laquelle il existe de rares flots rosés, seules traces du tissu hépatique.

La rate est volumineuse, triplée de volume, Les reins paraissent seulement un peu congestionnés. L'estomac a des parois épaissies, la muqueuse est d'un aspect grisâtre, par intervalles on y trouve des plaques ecchymotiques.

*Cavité thoracique.* — Emphysème pulmonaire — congestion aux deux bases — pas de liquide dans la plèvre. Le cœur est dilaté sans hypertrophie des parois. Les valvules présentent seulement un peu d'athérôme. L'altération la plus importante est sans contredit celle du myocarde. Le tissu, au lieu d'avoir l'aspect rougeâtre de la fibre musculaire ordinaire, présente une coloration qui tend à celle décrite sous le nom de feuille morte et considérée comme constante dans les cas de dégénérescence graisseuse. L'encéphale ne présentait aucune altération.

**REMARQUES.** — Trois points nous paraissent devoir être mis en relief dans cette observation ;

1° L'existence d'une thrombose chez un alcoolique, l'alcoolisme déterminant une diminution de la fibrine du sang.

2° Le siège de la thrombose là où le sang est le plus ralenti c'est-à-dire dans la veine porte chez un cirrhotique.

3° L'infiltration sanguine des parois ressemblant au premier aspect à un sphacèle de l'intestin.



**31. M. BOURSIER** présente les pièces d'une femme âgée de 58 ans, atteinte d'insuffisance mitrale, qui fut prise seulement quelques jours avant sa mort, d'une douleur fixe au mollet droit, avec cyanose, anesthésie, refroidissement de la région. On pensa à une embolie ayant entraîné à sa suite une gangrène sèche.

A l'autopsie, on trouva une légère induration de la valvule mitrale, mais pas traces de végétations ni de caillots sanguins; mais dans le membre inférieur droit, il existait des concrétions sanguines remplissant l'iliaque primitive, l'iliaque externe, les artères poplitée et tibiale antérieure. Il est difficile vu l'état d'intégrité des valvules cardiaques, de rapporter à une embolie, ces dernières lésions. (L'observation n'a pas été remise.)

**M. BERGER.** La gangrène sèche qu'on a observée chez cette malade serait en faveur d'une thrombose.

**32. M. STACKLER** présente un cancer de l'œsophage qui a perforé la trachée. On trouve au sommet du poumon droit une caverne qu'il faut peut-être rapporter à une lésion tuberculeuse? — (L'observation n'a pas été remise).

**33. M. GAUCHÉ** présente un énorme sarcôme pesant 12 kilogs 50 grammes, siégeant dans la paroi abdominale antérieure, et qui, pendant une année, ne donna lieu à aucun symptôme.

La lésion semble avoir débuté par la partie latérale droite de l'abdomen : à sa partie postérieure on trouve une poche hématique volumineuse. — (L'observation n'a pas été remise.)

*Le Secrétaire,*  
**E. BARIÉ.**

## MARS

Séance du 1<sup>er</sup> mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### 1. Encoches de l'extrémité inférieure du fémur.

M. TERRILLON. Je désire compléter aujourd'hui la communication que j'ai faite, il y a un mois devant la Société, au sujet des encoches qui garnissent normalement les cartilages qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur. Ces petites dépressions varient un peu de siège et de dimension : celle qui occupe le condyle externe est située plus en arrière et est moins profonde que celle du côté interne, ce qui s'explique par la différence de dimension des cartilages semi-lunaires. Si l'on fait une coupe verticale sur le condyle revêtu de son cartilage, on voit que ces rainures existent non-seulement sur celui-ci, mais sur l'os lui-même; sur une coupe mince examinée au microscope, après décalcification, je n'ai constaté sur le cartilage aucune altération velvétique, mais il y a un véritable écaillage, des lamelles minces se détachent et peuvent venir flotter dans l'articulation. Ces encoches ont été vues déjà et signalées par Henke et par Humphrey.

En France, elles ont été décrites en quelques mots seulement dans l'article *Genou* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : l'auteur, M. Panas, parle de petites crêtes, situées sur l'extrémité inférieure du fémur et séparant sur cet os, la partie rotulienne de la partie condylienne. Dans le *Traité d'Anatomie de Cruveilhier*, il n'en est pas parlé, mais, chose bizarre, on les voit figurées dans une planche avec l'explication suivante : encoche servant à loger le cartilage semi-lunaire ; j'ajoute d'ailleurs que cette figure a été empruntée à

Henle. Quant au rôle physiologique de cette encoche, j'ai dit, dans ma précédente communication, que le cartilage semi-lunaire venait s'y loger et servait ainsi, de coin d'arrêt dans le mouvement d'hyperextension,

**M. DURET.** On sait que dans l'articulation du genou, il s'exécute deux sortes de mouvements: mouvement de glissement et mouvement de roulement; peut-être ces petites encoches jouent-elles un rôle quelconque dans la production de ces mouvements.

**M. TERRILLON.** Elles ne servent en rien à ces mouvements, dont le mécanisme entrevu autrefois par Vinslow, a été depuis bien étudié par M. Gosselin dans sa thèse. Je le répète, c'est seulement dans l'hyperextension que ces encoches entrent en jeu, le cartilage semi-lunaire vient se loger dans leur cavité et agit alors comme une sorte de cale; il en résulte que, dans la station debout, le fémur et le tibia ne peuvent pas rouler en avant.

**3. Note sur deux cas de paralysie infantile; par J. DEJÉRINE, interne des hôpitaux.**

Ces deux cas, bien que rentrant dans le cadre commun de la paralysie infantile, nous ont paru cependant dignes d'être publiés, par suite de certaines particularités intéressantes de l'examen microscopique.

Le nommé X..., âgé de 5 ans, est entré dans le service de M. le Dr Triboulet, à l'hôpital Sainte-Eugénie; cet enfant est atteint d'une angine diphthéritique à laquelle il succombe peu de jours après son entrée. Deux ans auparavant cet enfant avait eu une attaque de paralysie infantile qui avait amené la formation d'un pied-bot équin du pied gauche.

**AUTOPSIE.** — On constate des fausses membranes dans le pharynx, sur les amygdales, et un foyer de broncho-pneumonie dans le poumon gauche.

**État des muscles.** — Les muscles de la jambe gauche et surtout les extenseurs du pied et des orteils sont dans un état d'atrophie très-avancée. Les muscles ont une teinte feuille-morte et sont extrêmement réduits de volume, il ne paraît pas y avoir d'adipose du tissu cellulaire inter-musculaire. A la cuisse on ne constate qu'une atrophie assez légère du triceps crural. Le tibia et le péroné du côté atrophié ont un centimètre de longueur de moins que ceux du côté sain.

La moelle épinière présente une atrophie très-nette des

racines antérieures gauches de la région lombaire; cette atrophie des racines s'observe jusqu'à la partie inférieure de la moelle et occupe tout le côté gauche de la queue de cheval.

Les racines postérieures ne présentent pas de différence d'un côté à l'autre, soit comme volume, soit comme coloration.

*Examen microscopique.*

Muscles à l'état frais et après coloration par le picro-carmin : les muscles atrophies présentent les altérations suivantes. On constate l'existence d'une atrophie simple portée à un très-haut degré dans certaines fibres de chaque préparation. Le faisceau primitif est réduit des  $\frac{3}{4}$  environ de son volume, la striation longitudinale et transversale est intacte, il n'y a pas trace de granulations protéiques ou graisseuses dans l'intérieur de la fibre primitive, les noyaux sont multipliés sans être cependant plus volumineux que d'habitude, le protoplasma des noyaux traités par l'acide osmique ne présente pas de granulations graisseuses.

Sur certaines fibres l'altération est encore plus avancée, leur diamètre, très-réduit, ne contient souvent dans le sens transversal que deux ou trois *sarcous-elements*. Enfin, on observe un certain nombre de gaines, munies de nombreux noyaux absolument vides et qui ne sont très-probablement qu'un degré plus avancé d'altération des fibres précédentes.

Le tissu conjonctif interfibrillaire est plus abondant qu'à l'état normal, il est formé de faisceaux aplatis les uns contre les autres et parallèles aux faisceaux primitifs ce qui rend plus facile qu'à l'état normal, la dissociation de ces derniers.

*Nerfs intra-musculaires.* — Traités par l'acide osmique et le picro-carmin, ces nerfs se montrent sous deux aspects très-différents, les uns, et ils ne sont pas très-nombreux se présentent avec tous les caractères de l'état normal, les autres ne sont plus représentés que par des gaines de Schwann, absolument vides, renflées de distance en distance par de nombreux noyaux fusiformes. Ces noyaux sont disposés d'une façon très-régulière en moyenne à 0 millim. 6, les uns des autres. Ces gaines de Schwann, dont les parois sont revenues sur elles-mêmes, pourraient, au premier abord, être prises pour des filaments conjonctifs, mais avec un grossissement suffisant (500 d.) et une légère compression de la lamelle, elles apparaissent très-nettement limitées par un double contour, et leurs parois sont plissées dans le sens longitudinal. En un mot c'est la dernière période de l'atrophie du tube nerveux lorsque par une cause ou une autre il a été soustrait à l'influence de ses centres trophiques, c'est l'altération qui a été décrite expérimentalement par MM. Vulpian et Ranvier. Nulle part nous n'avons rencontré entre les tubes sains et les tubes

arrivés à ce degré d'atrophie, de degrés intermédiaires, le microscope confirme donc ce qu'enseigne la clinique, en montrant que l'on a affaire à une lésion absolument éteinte depuis longtemps.

*Racines antérieures.* — L'examen des racines antérieures, fait d'après le même procédé, nous a montré le même genre d'altération. D'un côté, un très-petit nombre de tubes normaux, et de l'autre une grande quantité de tubes, n'étant plus représentés que par leur gaine de Schwann, ne contenant plus dans son intérieur que des noyaux fusiformes. Pas plus que dans les nerfs intra-musculaires, nous n'avons constaté un seul tube nerveux en voie d'altération. Le tissu conjonctif intertubulaire des racines et des nerfs intra-musculaires présentait un degré très-léger d'hyperplasie.

*Examen de la moelle épinière* après durcissement dans l'acide chromique. — Les altérations de la moelle, bornées à la substance grise de la région lombaire, présentaient une localisation différente suivant les points que l'on examinait. A la partie moyenne de la région lombaire, la lésion était ainsi disposée :

Toute la partie antérieure de la substance grise était altérée; à un faible grossissement, la partie antérieure de chaque corne apparaissait fortement imprégnée par le carmin et on ne constatait l'existence d'aucun élément cellulaire; avec un grossissement de 120 d. on pouvait se rendre un compte très-exact de la nature du processus. La substance grise de chaque corne antérieure est transformée en un tissu vaguement fibrillaire, ayant une élection très-vive pour le carmin et parcouru par de nombreux vaisseaux à parois épaissies (périartérite et endartérite.) Nulle part on ne trouve de cellules nerveuses, si ce n'est sur certaines préparations, un ou deux de ces éléments dans le groupe antéro-interne de l'une ou l'autre corne. Cette altération bilatérale se rencontre à la partie moyenne de la région lombaire dans une étendue d'un millimètre environ; au-dessus et au-dessous, on voit la lésion abandonner le côté droit pour se localiser dans la corne antérieure du côté gauche et y présenter les caractères suivants : A un faible grossissement, 20 d., on ne note pas de différence sensible dans la largeur de l'une ou de l'autre moitié latérale de la moelle. La substance grise présente deux zones bien distinctes : une zone antéro-interne normale avec quelques cellules saines et une zone antéro-externe, fortement colorée par le carmin, vaguement fibrillaire, contenant des vaisseaux scléreux, et dans laquelle l'examen le plus attentif ne fait rencontrer aucun vestige de cellules nerveuses. Cette altération disparaît peu à peu en arrivant à la partie supérieure du ren-

flement lombaire ; elle existe, avec les mêmes caractères, jusqu'à la partie inférieure de la moelle.

Les cordons blancs sont *absolument sains* ; ils ne présentent aucune espèce d'altération, et leur diamètre est le même du côté malade et du côté sain.

Comme on le voit, cette observation reproduit le type classique de la paralysie infantile ; c'est une myélite parenchymateuse, bornée à la partie antérieure de la substance grise, sans altération de la substance blanche correspondante.

La deuxième observation, dont les pièces nous ont été remises par notre collègue et ami, M. de Beurmann, concerne un homme d'une quarantaine d'années, atteint d'un pied-bot équin de la jambe gauche, datant de l'enfance. Le malade est mort dans le service de M. Proust, à Saint-Antoine, en 1876.

Après durcissement dans l'acide chromique, on peut, en examinant à l'œil nu des coupes du renflement lombaire, se rendre compte de l'altération. La corne antérieure du côté correspondant est manifestement plus petite que celle du côté sain ; c'est sur son côté externe surtout que porte la diminution de diamètre ; en outre, il est également modifié dans sa coloration ; il est plus jaune que du côté sain et se colore plus vivement par le carmin. Les coupes, examinées au microscope, ne font que confirmer les résultats de l'examen à l'œil nu. Mais ici, comme dans le cas précédent, on observe des différences très-grandes au point de vue de la localisation des lésions, suivant les régions que l'on examine. A la partie moyenne du renflement lombaire, la lésion est bilatérale et symétrique ; la substance grise des cornes antérieures est sclérosée dans sa partie antérieure et dépourvue de cellules dans une hauteur d'un millimètre environ. Les vaisseaux sont dilatés, flexueux et à parois très-épaissies (périartérite et endartérite). Au-dessus et au-dessous de ce point, la lésion se localise de plus en plus dans la corne antérieure, et le groupe antéro-interne apparaît normal, avec ses cellules saines. L'altération reste rigoureusement limitée au groupe antéro-externe qui est transformé en un tissu vaguement fibrillaire et dépourvu de cellules. En haut, la lésion remonte jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale, en bas, elle occupe toute la hauteur correspondante de la région lombaire. Les cordons blancs ne présentent aucune espèce d'altération. Les racines antérieures n'ont pas été examinées au microscope ; elles présentaient à l'œil nu, dans toute la région lombaire du côté correspondant à l'altération, une atrophie très-manifeste.

RÉFLEXIONS. — En résumé, ces deux observations présentent, outre les altérations habituelles de la paralysie infantile, deux particularités intéressantes :

1° L'existence d'une myélite grise antérieure bilatérale ; 2° l'intégrité des cordons blancs.

L'existence d'une dissémination de la lésion à la corne antérieure du côté sain (en apparence) montre que la substance grise peut être atteinte dans la totalité de sa partie antérieure et que, malgré cela, la lésion peut se systématiser à un côté seulement de la moëlle, au-dessus et au-dessous de la lésion.

Dans les deux cas que nous rapportons, il est très-probable qu'il devait y avoir du côté, regardé comme sain, un petit nombre de faisceaux musculaires détruits, correspondants aux cellules disparues ; toutefois, à cet égard, il ne faudrait pas être trop affirmatif, car il est possible que si la lésion est peu étendue, il se passe des suppléances fonctionnelles ; pour le pied-bot, il est certain, comme l'a démontré M. Broca, qu'on trouve dans certains pieds-bots atrophiques, des atrophies de certains groupes de muscles dans le membre opposé, atrophies légères et qui ne nuiraient pas à son fonctionnement ; il est très-probable que, dans ces cas, la lésion a occupé, sur une certaine hauteur, les deux côtés de la substance grise.

L'intégrité des cordons blancs, constatée dans les deux cas que nous publions, est en faveur de la théorie défendue par M. Charcot sur la nature exclusivement parenchymateuse de la paralysie infantile, contrairement à l'opinion émise par MM. Roger et Damaschino, qui, dans deux cas qu'ils ont observés, ont constaté de la myélite interstitielle du cordon latéral correspondant. Ce travail a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian.

### 3. Hypertrophie de la prostate.—Fausses routes vésicales ; par CAUET, interne des hôpitaux.

Le nommé Godard, Etienne, âgé de 72 ans, entre le 19 janvier 1878, dans le service de M. ALP. GUÉRIN, salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu, pour une rétention d'urine. Voici ce qu'il raconte : Depuis un certain temps déjà, un an environ, il urine avec difficulté ; la miction dure longtemps et à chaque fois il est obligé de faire des efforts considérables qui n'aboutissent qu'à demi ; car il s'aperçoit bien qu'il ne vide pas complètement sa vessie. Dans les six derniers mois surtout son état s'est aggravé et lui a causé de véritables inquiétudes. Le malade n'urinait plus qu'à de longs intervalles ; il lui semblait en outre, que son urine était plus colorée, plus chargée ; il ajoute qu'il était presque constamment gêné par une forte constipation. Il y a un mois environ la miction qui n'était que difficile devint tout à fait impossible malgré les plus grands efforts et il lui fallut réclamer les soins que nécessi-

tait son état. Naturellement le premier et le seul traitement consista à vider chaque jour sa vessie à l'aide de la sonde ; cette opération, pratiquée par le médecin qui le soignait en ville, donna de bons résultats tout d'abord et lui procura un véritable soulagement. Mais un jour la sonde ne pénétra pas aussi facilement dans la vessie qui ne fut vidée qu'après de nombreuses et douloureuses tentatives ; ce jour-là le malade rendit beaucoup de sang par le canal de l'urèthre. Cela se passait quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital. A partir de ce moment il y eut chaque jour de nouvelles difficultés pour le cathétérisme et chaque jour le malade perdait du sang parfois en assez grande abondance et en caillots. Enfin, la veille de son entrée dans le service, le cathétérisme ne put donner de résultat ; le malade perdit beaucoup de sang par le canal sans rendre une goutte d'urine ; c'est alors qu'il entra à l'hôpital avec une rétention complète.

Voici ce qu'on observe : La rétention d'urine est facile à constater ; la vessie distendue fait une saillie considérable au-dessus du pubis et remonte au voisinage de l'ombilic, dessinant une tumeur mate et douloureuse à la percussion ; le malade n'a pas uriné depuis 48 heures. Le toucher rectal montre immédiatement que la rétention d'urine doit être due à une hypertrophie de la prostate ; celle-ci ne fait pas une forte saillie dans le rectum, mais le doigt indique qu'elle occupe une étendue considérable dans le sens de la largeur et de la hauteur. Quoi qu'il en soit une sonde molle en caoutchouc munie d'un mandrin fortement recourbé est tout d'abord introduite dans le canal de l'urèthre pour évacuer le liquide contenu dans la vessie, mais dès cette première tentative, il ne fut pas difficile de se convaincre qu'il y avait déjà une fausse route probablement dans la prostate elle-même ; la sonde n'entra pas d'emblée dans la vessie et il sortit une certaine quantité de sang en caillots par le canal ; après un essai plus heureux, la sonde pénétra dans la vessie et toute l'urine fut évacuée ; il y en avait environ trois litres. Le soir même et les jours suivants matin et soir le malade fut sondé tantôt par le chef de service, tantôt par l'interne.

Chaque matin, en outre, la vessie fut électrisée à l'aide de courants continus pendant un quart d'heure environ, et pendant huit jours. De temps en temps la difficulté que nous avons signalée pour le cathétérisme se représentait. Ce qu'il y avait de particulier alors et la chose put être mieux observée que le premier jour, c'est que la sonde arrivait jusqu'à la partie la plus profonde du canal de l'urèthre et à ce moment seulement paraissent s'engager dans une mauvaise voie : l'urine ne sortait point ; il était permis de se demander



si ce n'était pas le sang des caillots qui, obstruant les yeux de la sonde, l'empêchaient de sortir, car malgré la fausse route on pouvait croire que l'extrémité de la sonde enfoncée jusqu'au pavillon était bien dans la vessie. Comme nous le verrons plus tard il n'en était rien.

L'état du malade, loin de s'améliorer s'aggrava. Les urines devinrent peu à peu troubles, nuageuses, laissant un dépôt considérable. Les dernières gouttes étaient même tout à fait purulentes; la fièvre s'alluma, devint vive le soir, avec sueurs abondantes. Des injections d'eau phéniquée au millième furent chaque jour faite dans la vessie, mais sans amener de changement dans la situation du malade. Bientôt les urines devinrent tout à fait purulentes, d'une odeur infecte. Dans les derniers jours, cependant il parut y avoir un peu de mieux, le malade urinait seul et ce résultat fut attribué à l'électrisation de la vessie; mais l'urine était rare, purulente; mais la fièvre persistait avec des sueurs, puis assez brusquement; le 17 février dans la nuit, le malade fut pris d'accidents convulsifs et de délire et succomba au bout de quelques heures probablement à la résorption urineuse. En réalité le malade subit le sort réservé à presque tous les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate.

**AUTOPSIE.** — L'examen nécroscopique a porté successivement sur toute l'étendue de l'appareil urinaire et donné les résultats suivants :

*Les reins* sont volumineux, mais leur tissu est sain. On constate seulement des deux côtés une dilatation égale et assez considérable des bassinets, qui sont remplis d'une urine purulente. On trouve des traces de pyélite assez prononcée. *Les uretères* sont légèrement et également dilatés des deux côtés.

*La vessie*, d'une capacité relativement très-considérable, présente une hypertrophie remarquable de ses parois musculaires qui ont une épaisseur de près de 1 centimètre. Cette hypertrophie paraît surtout considérable à la partie inférieure des parois antérieure et postérieure. La tunique musculaire la plus interne dessine sous la muqueuse, d'ailleurs assez mince et à peu près normale, des saillies volumineuses, véritables colonnes limitant de profonds culs-de-sac. Mais le fait le plus digne d'intérêt est l'existence, dans la paroi antérieure de la vessie, de deux véritables *fausses routes*. Ce sont deux trajets, présentant chacun une ouverture déchiquetée immédiatement au-dessus du col de la vessie, fortement dilaté et dont la limite est assez difficile à reconnaître. Chacun de ces trajets se dirige en divergeant l'un à droite et très-obliquement, l'autre à gauche, dans une étendue de 3 centimètres environ, et se termine en cul-de-sac au milieu de la paroi

vésicale, entre les couches musculaires hypertrophiées. — Une sonde introduite dans chacun d'eux, montre leur situation et leur direction; il semble que ce soient bien là des fausses routes, reconnues d'ailleurs pendant la vie, quant à leur existence sinon quant à leur siège. Signalons encore sur la paroi postérieure de la vessie, une cavité profonde à loger une grosse noisette, à bord et à fond déchiquetés, résultat probable d'un abcès ouvert dans la vessie.

*Prostate.* La lésion la plus remarquable qui nous reste à signaler est l'hypertrophie de la prostate. Cette hypertrophie est véritablement énorme; elle porte sur toute la prostate et dessine avec la plus grande netteté les trois lobes de la glande. Les deux lobes latéraux symétriquement et considérablement hypertrophiés, offrent chacun environ le volume d'un gros marron d'Inde, mais aplati et allongé; la portion de leur surface qui regarde le canal de l'urèthre est lisse et légèrement convexe d'un blanc grisâtre; leur face externe ou extra-urétrale est inégale et présente quelques bosselures; leur consistance paraît être celle de la prostate normale, mais n'est pas celle d'un corps homogène dans toutes ses parties. L'hypertrophie du lobe moyen n'est pas moins considérable que celle des lobes latéraux et c'est elle qui donne à la lésion sa véritable physionomie; ce lobe forme une saillie médiane, symétrique, s'élevant à une hauteur de plus de trois centimètres, présentant la forme d'un tronc de cône renversé, à base arrondie, à sommet s'unissant en arrière aux lobes latéraux et formant un court et volumineux pédicule. Ce lobe médian aussi développé forme une grosse valvule qui ferme d'une manière complète l'ouverture du canal de l'urèthre dans la vessie. Deux sillons très-nets et profonds, de chaque côté du pédicule, séparent le lobe médian des lobes latéraux; de sorte qu'on peut dire qu'il y a en réalité trois prostates volumineuses. En arrière du lobe moyen se creuse le bas-fond de la vessie formant un véritable réservoir pour l'urine. A la partie supérieure de la base du lobe moyen, sur la ligne médiane, existe une gouttière, limitée de chaque côté par une crête saillante, dont on peut, sans aucun doute, attribuer la formation au passage répété de la partie convexe de la sonde; et, à ce propos, n'y aurait-il pas lieu d'attribuer la présence des fausses routes que nous avons signalées dans la paroi antérieure de la vessie à l'emploi de sondes à très-fortes courbures, telles qu'on les emploie dans le cas d'hypertrophie du lobe médian et à l'habitude qu'on a d'abaisser fortement le pavillon de la sonde pour passer au-dessus de l'obstacle? Ne peut-on supposer dans ce cas que le bec de la sonde, dépassant le but, rencontrait la paroi anté-

rieure de la vessie avec assez de force pour rompre la muqueuse et pénétrer dans l'épaisseur des tissus épais qui la formaient. Ce qu'il y a de certain, c'est que, chez notre malade, ce qui nous a le mieux réussi, c'est la sonde métallique de trousse ordinaire.

La coupe des lobes latéraux de la prostate présente quelques particularités, ainsi qu'on pouvait le pressentir; on observe au milieu de leur tissu des tumeurs de volume variable, ovoïdes, la plus grosse du volume d'une noisette, dont la coloration rosée tranche sur le tissu pâle et grisâtre de la glande; quelques-unes de ces petites tumeurs font saillie sur la surface externe des lobes. Leur surface de section est légèrement saillante; mais leur union au reste de la glande paraît intime et l'énucléation n'en paraît pas possible. La coupe du lobe médian ne montre rien de semblable à ces tumeurs si apparentes dans les lobes latéraux. Quelle est la nature de ces tumeurs? S'agit-il de ces tumeurs fibreuses que Velpeau a comparées, avec raison, au corps fibreux de la matrice? S'agit-il de tumeurs fibro-musculaires telles qu'on en a rapporté des exemples? C'est à l'examen histologique qu'il appartient de résoudre la question. — *Examen histologique.* Cet examen a été fait au laboratoire de Clamart, par le préparateur, mon ancien collègue et ami, Balzer. L'examen a été fait après durcissement des pièces dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et la coloration des coupes par le picrocarminate.

Dans les parois vésicales c'est l'hypertrophie des faisceaux musculaires qui domine; la muqueuse paraît plutôt amincie; elle ne présente pas d'ailleurs de lésions irritatives marquées; on ne trouve que fort peu de cellules embryonnaires entre les faisceaux de tissu conjonctif. Au contraire les faisceaux musculaires sont énormes, le tissu conjonctif qui les sépare est également fort épaissi et forme d'épaisses travées dans toute l'étendue de la paroi vésicale.

*Prostate. Lobes latéraux.* — Les coupes ont été faites au niveau des points où la section avait fait voir des tumeurs comprises dans l'épaisseur de la prostate et donnant l'aspect de myômes semblables à ceux qu'on trouve souvent dans les parois de l'utérus. L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas de myômes, mais bien des hypertrophies partielles, portant sur des lobules isolés, et enveloppés dans une sorte de capsule fibro-musculaire formée par le tissu qui sépare les différents lobules de la glande. Dans ces lobules hypertrophiés on trouve les acini extrêmement dilatés, formant de véritables kystes remplis de cellules granulo-graisseuses au milieu desquelles existent de nombreux xympxions. Le tissu

conjonctivo-musculaire qui les sépare est très-épaissi et paraît même en plusieurs endroits étouffer en quelque sorte les acini. Les lésions inflammatoires sont d'ailleurs peu étendues et ne se trouvent que dans le centre des lobules et autour des vaisseaux dont les parois ont subi parfois une hypertrophie énorme.

Dans le lobe médian, l'hypertrophie des divers tissus glandulaire, conjonctif et musculaire se présente avec des caractères absolument semblables, avec cette différence qu'on ne retrouve pas ces gros lobules isolés qui ont été signalés dans les lobes latéraux.

En résumé, l'analyse histologique montre une *hypertrophie générale de tous les éléments de la prostate*; les altérations portent aussi bien sur le tissu glandulaire que sur le tissu fibromusculaire, et les tumeurs enkystées dans les lobes latéraux sont constituées, non par des myômes, mais par des hypertrophies partielles de la glande, plus marquées que dans les autres points.

**4. Fracture du crâne. — Epauchement sous-arachnoïdien après rupture de l'artère méningée moyenne; par BENOIT, interne des hôpitaux.**

La nommée Walzer, 49 ans, cuisinière, entre le 17 février 1878 à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 25.

Cette femme était en bonne santé, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 9 février, elle fit une chute dans un escalier à la suite d'un faux pas. Elle tomba de sa hauteur seulement sur le côté, et le côté droit de la tête porta sur la marche de l'escalier. Notons en passant que cette femme a une taille très-élevée, circonstance qui a rendu plus grave l'accident. Sur le moment, la malade ressentit une commotion violente, elle fut incapable de se relever, mais ne perdit pas complètement connaissance. Elle put même essayer de reprendre son travail le soir chez le général Ladmirault où elle était domestique. A ce moment cependant, il y eut une légère hémorrhagie nasale, et il se forma une ecchymose sous-conjonctivale dont on voyait les traces pendant son séjour à l'hôpital. Les phénomènes cérébraux s'accrochèrent cependant dans la soirée, et sans qu'il y ait eu les moindres signes d'agitation ou de délire, la malade tomba graduellement dans une sorte de stupeur assez profonde. Le lendemain de l'accident, on lui fit appliquer dix sangsues derrière l'oreille. Il n'y eut pas de soulagement. Et comme dans la semaine qui suivit, les symptômes allèrent en s'aggravant tou-

jours, on la fit entrer le 17 février à la Charité, salle Saint-Joseph.

Ce sont les seuls renseignements que l'on ait pu recueillir sur la malade.

18 *fév.* A son entrée, la face est très-pâle. Les paupières à demi fermées, le visage reste sans expression, immobile, sauf quelques mouvements de mâchonnement qui reviennent de minute en minute. Les pupilles sont moyennement dilatées et égales. Sous la conjonctive oculaire droite, on aperçoit les traces d'une ecchymose qui vient entourer d'un liseré rouge la moitié supérieure de la cornée. Elle ne tarde pas à se colorer en jaune, et elle disparaît avant d'avoir pu se cacher dans l'orbite. On n'en trouve pas de traces sur la conjonctive palpébrale. Il n'y a point de paralysie faciale, de la langue, ni du voile du palais.

Du côté du cuir chevelu, en cherchant avec le plus grand soin, on ne trouve aucune lésion superficielle qui puisse indiquer le siège du traumatisme. Il n'y a pas la plus légère ecchymose, la plus petite plaie. Le doigt ne sent pas non plus la plus petite saillie osseuse. On parvient seulement à provoquer un peu de douleur en appuyant fortement avec la pulpe du doigt sur la région temporale droite.

L'intelligence semble presque anéantie. La malade comprend cependant encore quelques questions qu'on lui adresse; et bien que ne pouvant à elle seule donner de renseignements sur son état, elle répond cependant par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, et d'une façon intelligente. Il n'y a point la moindre agitation. Pas de convulsions, de délire. La nuit précédente elle a voulu seulement se lever une fois, et est tombée de son lit. La sensibilité est conservée, et le pincement des membres provoque facilement la douleur. Le mouvement est plus atteint. Il n'y a dans aucun membre de paralysie absolue, puisque la malade a pu essayer de se lever, mais chez tous il y a une parésie très-marquée. Elle prédomine d'une façon notable du côté gauche. Le bras de ce côté retombe quand on le soulève. Elle peut cependant serrer légèrement un objet de la main gauche. Les membres inférieurs sont un peu moins atteints que les supérieurs; cependant, il y a encore une différence sensible, au détriment du membre gauche. Les mouvements réflexes ne sont pas augmentés. La vessie est aussi atteinte, puisqu'il y a incontinence d'urine.

La langue est sèche et commence à se recouvrir de croûtes. On est obligé de nourrir la malade avec quelques aliments liquides. Jamais il n'y a eu de vomissements, mais la constipation est opiniâtre.

Rien du côté du poumon. La respiration est lente. Il n'y a pas de fièvre, et le pouls est petit et lent, variant entre 80 et 90. Il est surtout petit du côté gauche, sans que l'on sache trop si c'est la lésion cérébrale ou une anomalie artérielle précédente qui en soit cause.

En présence de cet ensemble de symptômes, M. Rigal qui remplaçait M. Bernutz, diagnostique une fracture du crâne. Les troubles intellectuels persistants, la prédominance des lésions motrices du côté gauche, l'absence de méningite, font supposer aussi une contusion, ou une compression de l'hémisphère droit, dans sa partie convexe, et rejeter toute lésion directe de l'encéphale du côté de la base. L'absence de tout symptôme physique ne permet pas de prévoir davantage le diagnostic. La malade traîne ainsi jusqu'au 23. La température reste stationnaire entre 37 et 38. Le pouls est à 70 et 90. On se contente d'un traitement médical, sangsues, eau-de-vie allemande. Le 22, au matin, on constatait un mieux notable. Mais le 23 au soir, il y eut une aggravation subite des symptômes, et elle mourut dans la nuit.

**AUTOPSIE.** — Rien dans les viscères. Les lésions se résument en une fracture du crâne, et une hémorrhagie sous-arachnoïdienne.

*Fracture.* Chez cette femme, bien qu'elle ne fût âgée encore que de 49 ans, le crâne était celui d'un vieillard; on n'y trouve plus trace de suture. C'est la raison, sans doute, pour laquelle une chute relativement légère a pu déterminer une fracture.

Cette dernière se réduit à une simple solution de continuité sans esquilles, qui commence au niveau du bord antérieur du pariétal droit, à 35 centimètres en arrière et au-dessus de son angle antéro-supérieur. Elle se dirige en bas et un peu en avant. Elle traverse, sans dévier de sa direction, la suture sphénoïdo-pariétale, descend ensuite le long de la grande aile du sphénoïde, et se termine après un trajet de 10 centimètres environ près de la racine de l'apophyse ptérygoïde, un peu en arrière de l'épine.

Vu par sa face interne, le trait de fracture traverse le canal osseux de la méningée moyenne, près de son origine, sur le pariétal. L'artère elle-même est brisée à ce niveau, et on en voit très-bien les deux tronçons.

La dure-mère n'est pas décollée. Il n'y a pas le moindre épanchement entre elle et la paroi osseuse. Mais au niveau de la fracture et de la déchirure de l'artère, il y a aussi une plaie de la dure-mère en forme de boutonnière, sur les bords de laquelle se trouvent précisément les deux bouts de l'artère.

Entre la dure-mère et le cerveau, dans l'espace sous-arachnoïdien, vaste épanchement sanguin, recouvrant tout l'hémisphère et comprimant sa partie convexe. Les circonvolutions sont imprégnées de sang et aplaties, surtout celles qui répondent aux zones motrices des membres. Il est sorti environ cinquante grammes de caillots noirâtres quand on a incisé la dure-mère.

REMARQUES. — Cette observation offre quelques particularités sur lesquelles je crois devoir insister brièvement, d'autant mieux qu'elles confirment une série d'expériences insérées par M. Duret dans sa thèse.

La marche de la lésion est bien facile à suivre. Une chute directe entraîne une fracture dans la fosse temporale. Cette dernière suit le trajet classique, c'est-à-dire le chemin le plus court qui la conduise dans la fosse sphénoïdale, sans s'embarasser en quoi que ce soit du siège des anciennes sutures qui ont disparu. Il semble donc que le rôle qu'on a voulu faire jouer à celles-ci, dans ces derniers temps, ait, pour ce cas au moins, été réduit à une influence bien minime. — L'artère méningée se trouve brisée dans son canal osseux, et la lésion, ne s'arrêtant pas encore, amène la perforation de la dure-mère. Alors s'établit une double hémorragie. La première, relativement légère, provenant des vaisseaux de l'os, et fusant jusqu'aux fosses nasales d'un côté et sous la conjonctive de l'autre. — La seconde, mortelle alors, et se faisant par la boutonnière de la dure-mère dans la cavité de l'arachnoïde, où elle ne trouve aucun obstacle.

Ces hémorragies, bien que citées, sont rares, et j'en ai pas trouvé d'observation rapportée dans les recueils de médecine. En revanche, leurs effets ont été étudiés expérimentalement par Malgaigne d'abord, récemment par M. Duret. C'est dans la thèse de ce dernier que l'on trouvera l'explication physiologique sur ce qui s'est passé chez notre malade. Je me contenterai de rappeler ces deux particularités :

L'étendue de l'espace arachnoïdien, l'absorption rapide qui s'y fait par les vaisseaux de la pie-mère, c'est ce qui a permis à notre malade de vivre quinze jours, en diminuant d'un côté la compression et de l'autre en la diminuant par la résorption de la partie liquidée du sang épanché.

M. DURET. Je relèverai dans cette observation la bénignité relative des accidents pendant plus de huit jours après la chute. Ce fait, d'ailleurs, est parfaitement d'accord avec nos connaissances actuelles sur les traumatismes du crâne : les épanchements siégeant dans la cavité de l'arachnoïde sont de

beaucoup moins graves que ceux compris entre la dure-mère et les os. Ainsi, sur des animaux, 50 à 60 grammes de sang ou de gélatine injectés lentement sous l'arachnoïde ne produisent aucun accident, ce qui suppose, que 120 grammes de sang coagulé occupant le même siège, peuvent n'amener aucun trouble morbide chez l'homme. Il n'en est plus de même, si l'épanchement est situé entre la dure-mère et les os du crâne, et 50 grammes de sang suffisent pour amener des phénomènes très-graves de compression. Dans ce dernier cas, en effet, le sang ne peut pas s'étendre en nappe comme sous l'arachnoïde; il presse fortement sur les hémisphères. — Quand la collection siège dans la cavité arachnoïdienne, les symptômes sont pour ainsi dire négatifs, le malade est plongé dans la somnolence complète, sans phénomènes bulbaires, ni dyspnée, ni lenteur du pouls, si ce n'est tout à fait à la fin. Il est donc très-important de bien connaître la symptomatologie de ces épanchements sanguins suivant leur siège, car s'il n'est pas bon d'intervenir dans les hémorragies intra-arachnoïdiennes, cela est de la plus haute importance dans les extravasations situées entre le crâne et la dure-mère.

M. BERGER fait remarquer que, conformément à la règle, c'est dans le milieu d'un canal osseux complet que l'artère méningée moyenne s'est rompue.

**5. Fractures des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes gauches. — Congestion intense des deux poumons et pneumonie traumatique. — Fracture du fémur gauche. — Fracture ancienne de la voûte du crâne; par ERNEST GAUCHER, interne des hôpitaux.**

C... (Gustave), âgé de 32 ans, briqueteur, est amené à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Gabriel, n° 36, service de M. POLAILLON) dans la journée du dimanche 24 février 1878. Cet homme est tombé à 11 heures du matin du cinquième étage d'une maison en construction. Il était en train de rouler une brouette pleine de briques sur un échafaudage; une planche a manqué sous ses pieds, et il est tombé directement sur le sol. Aussitôt après sa chute, il a perdu connaissance; mais cette perte de connaissance n'a duré que quelques minutes. Il a saigné du nez abondamment; il n'a pas eu d'écoulement de sang ou de sérosité par l'oreille, ni d'hémoptysie.

Le 25 février, à la visite du matin, on constate une fracture du fémur gauche, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, mobilité et déformation considérables; le fragment



supérieur fait saillie en avant. Pas de plaie ; un peu d'hydarthrose du genou. Le malade est mis provisoirement dans une gouttière de Bonnet.

La région temporale du côté droit est le siège d'une plaie contuse, atteignant la commissure externe des paupières. On ne sent pas, en ce point, d'enfoncement de l'os. Il n'y a aucun signe physique de fracture, mais on constate une ecchymose sous-conjonctivale du globe de l'œil à la partie externe, et une ecchymose très-prononcée des paupières et des tissus périorbitaires. De plus, le malade est toujours somnolent ; il a, suivant son expression, la tête lourde ; il paraît abruti, ne se plaint pas, et ne répond qu'à des questions répétées. La respiration est très-gênée ; et en effet, à la palpation du thorax du côté gauche, on sent une crépitation très-nette, dépendant de fractures des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes. On perçoit de plus la crépitation superficielle de l'emphysème traumatique sous-cutané. Le malade tousse peu, il met tous ses efforts à ne pas tousser du tout, à cause des douleurs que la toux fait naître, non-seulement dans la poitrine, mais dans la cuisse. On ne peut observer les crachats, probablement très-peu abondants, et qui n'ont pas été conservés. Pas de point de côté. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne sont possibles qu'à la partie antérieure, parce qu'on ne peut faire asseoir le malade. La percussion donne une sonorité normale ; l'auscultation fournit peu de renseignements ; le murmure vésiculaire est couvert par le bruit que produit la crépitation osseuse ; et, en effet, les fragments sont mis en mouvement à chaque inspiration et surtout à chaque systole cardiaque. On n'entend, d'ailleurs, aucun bruit anormal.

26 février. Le malade a eu ce matin une épistaxis très-abondante qui a duré près d'un quart d'heure. Même état d'ailleurs, somnolence et céphalalgie frontale continues. La température se maintient entre 38° et 39°. On a appliqué un bandage de corps en diachylon, et depuis ce temps, la toux et l'expectoration sont moins pénibles ; le soir, le crachoir contient quelques crachats sanguinolents, très-visqueux, très-adhérents, provenant sans doute d'un noyau de pneumonie traumatique. Depuis l'accident, le malade n'a pu aller à la selle ; il y a de la rétention d'urine depuis ce matin.

27 février. Le malade dont l'état n'avait pas changé hier à cinq heures, au moment de la contre-visite, a été pris presque subitement, vers dix heures et demie du soir (le 26), de respiration bruyante et stertoreuse ; il n'a pas tardé à tomber dans le coma. L'interne de garde appelé, prescrit des ventouses sèches sur la poitrine, des compresses d'eau froide sur la tête, et une potion avec 40 gr. d'acétate d'ammoniaque. De

toute la soirée et de la nuit, le malade n'a eu ni délire, ni convulsions, ni contracture.

Le mercredi 27 février, à la visite du matin, le malade est dans le coma. La respiration est stertoreuse et entrecoupée de hoquets. Température à 40°. Les quatre membres sont dans une résolution complète, avec absence totale de sensibilité réflexe. Le malade n'a pas uriné depuis hier; cathétérisme. L'urine ne présente aucune altération. A deux heures, l'état a encore empiré; la face est pâle, terreuse et couverte de sueur. Coma le plus absolu. Mort à trois heures et demie.

*AUTOPSIE le vendredi 1<sup>er</sup> mars.*

1° En incisant les téguments du crâne, on trouve une infiltration sanguine s'étendant de la région temporale droite au sommet de la tête. A peu près au niveau de la fontanelle antérieure, à gauche de la ligne médiane, en arrière de la suture fronto-pariétale, on trouve les traces d'une ancienne fracture. C'est une fracture avec enfoncement de la table interne, d'ailleurs parfaitement cicatrisée et consolidée, et sur laquelle nous n'avons aucun renseignement. Quant à une fracture récente, on croyait d'abord en avoir trouvé une sur la base. Il semblait exister en effet, plusieurs lignes fissuriques, partant du trou sphéno-épineux. Mais un examen plus attentif, sur le crâne séparé de ses parties molles et ruginé avec soin, fait reconnaître que ce n'était qu'une apparence, et qu'il n'existe en réalité aucune fracture récente de la voûte ou de la base, malgré la hauteur de la chute, en dépit de l'ecchymose sous-conjonctivale et des phénomènes comateux au milieu desquels le malade a succombé. Ce n'est pas, en effet, à une lésion crânienne ou cérébrale qu'il faut attribuer la mort, mais bien à la violence des désordres pulmonaires, ainsi qu'on le verra plus loin. Le cerveau, sur aucun point de sa surface, ne présente d'altération; sur des coupes transversales on ne trouve non plus aucune lésion. Les méninges sont absolument saines aussi.

2° A l'ouverture de la poitrine, on constate qu'il n'y a ni pneumothorax ni pleurésie. Les 3°, 4° et 5° côtes gauches sont fracturées, sans lésion de la plèvre pariétale, et pourtant il y avait eu de l'emphysème sous-cutané. Infiltration sanguine assez abondante dans le tissu cellulaire rétro-sternal et dans le médiastin postérieur. Les deux poumons sont violets, presque noirs, et excessivement congestionnés dans toute leur étendue; ils crépitent et surnagent encore. Mais à la base du poumon gauche, la lésion est plus avancée, il y a de l'hépatisation, qui rend compte des crachats pneumoniques que le malade a rendus. Aucune lésion du cœur ni des organes abdominaux.

3° *Du côté du fémur gauche*, on trouve à 10 cent. au-dessous du bord inférieur du grand trochanter, une fracture presque exactement transversale pour le fragment supérieur, et, au contraire, oblique en bas et en avant pour le fragment inférieur; deux esquilles interposées représentent la perte de substance.

**6. Inflammation des gaines synoviales de la main. — Phlegmon de l'avant-bras. — Albuminurie. — Mort;** par ALFREDO BULTEAU, interne des hôpitaux.

Le nommé Esp..., âgé de 45 ans, est entré le 4 janvier 1878 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe n° 10, dans le service de M. le Dr PÉAN.

Il y a dix jours, d'après les renseignements que nous donne le malade, il s'est piqué avec une alène de cordonnier au niveau de la pulpe de la deuxième phalange du pouce droit; il souffre depuis huit jours. Une douleur assez vive dans le pouce et dans la main, ainsi qu'un gonflement considérable de toutes ces parties, a marqué le début des accidents. Le malade jouit ordinairement d'une bonne santé.

*Etat à l'entrée.* Tuméfaction énorme de la main et de l'avant-bras, surtout exagérée au niveau du pouce et du petit doigt. La déformation *en griffes* de la main est très-accentuée et produite par la flexion permanente des doigts. L'avant-bras est dans la pronation forcée et le mouvement de supination est devenu complètement impossible. Immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, la peau est rouge, tendue; la palpation fait reconnaître une fluctuation profonde. L'état général du malade est mauvais; la face est pâle et témoigne d'un état anémique assez prononcé. *Diagnostic.* *Phlegmon de l'avant-bras consécutif à l'inflammation des gaines synoviales du carpe.* Une incision est pratiquée immédiatement et permet d'ouvrir un foyer purulent considérable, situé profondément au-devant du carré pronateur. Les jours suivants, d'autres collections purulentes se manifestent au niveau du pouce et du petit doigt; elles sont ouvertes largement au bistouri.

Le 10 janvier, l'état général du malade est plus grave; la face est pâle, bouffie. Il existe de la toux et de l'oppression, et l'auscultation fait reconnaître la présence d'un épanchement dans les deux plèvres. On constate en outre un peu d'œdème des cuisses et des parois abdominales. L'examen des urines y dénote une quantité considérable d'albumine.

Le 20 janvier, les phénomènes généraux et locaux vont en s'aggravant; l'oppression augmente, l'anasarque se généralise. La main prend des proportions presque monstrueuses, sur-

tout au niveau du pouce et du petit doigt ; on pratique des incisions multiples pour donner issue à de petites collections purulentes isolées au niveau des éminences thénar et hypothénar, ainsi que sur le dos de la main. La mort survient le 4<sup>er</sup> février.

**AUTOPSIE.** Les reins présentent toutes les altérations d'une néphrite parenchymateuse à la dernière période ; ce qui nous permet d'affirmer que l'albuminurie existait déjà depuis longtemps avant l'entrée du malade à l'hôpital, et que c'est sous l'influence de la néphrite que la mort est survenue aussi rapidement. *La paume de la main*, disséquée avec soin, présente les particularités suivantes : En disséquant la peau, on reconnaît que l'aponévrose palmaire est intacte. A la base du triangle qu'elle forme, là où elle se divise en petites languettes, entre l'articulation métacarpo-phalangienne de de l'index et du médius existe une ouverture par laquelle se fait jour du pus, et qui communique largement avec un foyer sous-aponévrotique. Immédiatement au-dessous de l'aponévrose se trouve une couche épaisse d'un centimètre environ de tissu lardacé dans lequel se trouve plongée l'arcade palmaire superficielle dont l'intégrité est complète. Plus profondément on rencontre un vaste foyer qui passe sous le ligament annulaire antérieur du carpe et qui se continue directement avec un autre foyer qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras et qui est situé au-devant du carré pronateur, et du ligament interosseux, au-dessous de la masse des fléchisseurs superficiels et profonds. Toute la paume de la main se trouve ainsi disséquée par le pus ; presque tous les organes qu'on y rencontre à l'état normal, sont détruits plus ou moins complètement et ne forment plus qu'une véritable bouillie noirâtre. Les tendons des fléchisseurs superficiels et profonds ressemblent à de la filasse. Les fléchisseurs du pouce et du petit doigt sont détruits dans une étendue de 0,03 ou 0,04 centimètres. L'altération des tendons des fléchisseurs de l'index, du médius, et de l'annulaire cesse au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, mais les tendons du pouce et du petit doigt sont altérés jusqu'au niveau de leur insertion digitale, c'est-à-dire que le foyer sous-aponévrotique de la paume de la main communique avec le prolongement des gaines synoviales interne et externe qui accompagne les tendons fléchisseurs de ces doigts. Le nerf médian plonge au milieu de la collection purulente et se trouve complètement désorganisé ; il est doublé de volume immédiatement au-dessous du ligament annulaire du carpe, puis il s'amincit progressivement au point de devenir presque filiforme à 0,01 à 0,02 centimètres plus bas. Les articula-

tions des phalanges sont saines ; la première phalange du petit doigt est complètement dénudée. La *peau* qui recouvre les éminences thénar et hypothénar est disséquée dans toute son étendue par du pus. Ces foyers sous-cutanés communiquent d'une part en avant avec les gaines synoviales suppurées des fléchisseurs du pouce et du petit doigt et d'autre part en arrière, ils viennent se faire jour de chaque côté sur la face dorsale de la main. Les articulations du carpe, l'articulation radio-carpienne paraissent saines. Le cubitus est dénudé à la partie moyenne de sa face interne, là où existe un petit foyer purulent.

**7. Fracture du crâne. — Fissures par contre-coup ;** par  
P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

Le 6 février, on apporte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. CUSCO, une jeune femme de 23 ans, tombée on ne sait au juste de quelle hauteur sur les dalles d'un couloir.

Elle est alors plongée dans un coma presque absolu, et malgré l'insistance qu'on met à lui poser quelques questions, elle sort à peine de sa somnolence et y retombe du reste aussitôt : elle dit seulement avoir 22 ans et paraît ennuyée de l'examen auquel on se livre sur elle et dont elle semble avoir conscience. En arrivant, elle a eu du saignement de nez et consécutivement un vomissement avec hématomèse. Aucun écoulement par les oreilles. Quant aux contusions qui ont été le résultat de la chute, elles siègent en des points qui indiquent, d'une façon évidente, que la malade est tombée sur le côté droit ; c'est ainsi qu'on remarque une forte ecchymose avec excoriation de la peau sur le moignon de l'épaule de ce côté, contusion accompagnée d'une fracture de la clavicule.

A la tête, on voit une ecchymose très-prononcée et une tuméfaction notable de la région mastoïdienne *droite*. Ce gonflement empiétant sur le haut du cou. Pas d'ecchymose sous-conjonctivale.

Mais du *côté gauche*, et c'est la seule lésion superficielle qui soit appréciable de ce côté, existe dans la peau de la paupière inférieure, au niveau du rebord orbitaire une petite ecchymose un peu plus grande qu'une lentille : rien, du reste, à la conjonctive correspondante.

La motilité et la sensibilité sont conservées dans les mêmes proportions *à droite et à gauche* : en effet, si on soulève les membres supérieurs sans tirer au préalable la malade du coma, ils retombent également inertes le long du corps ; mais si on l'excite à les maintenir soulevés un peu au-dessus du lit,

elle peut le faire pendant quelques secondes, aussi bien pour le gauche que pour le droit. Elle perçoit les piqûres d'épingle d'une façon uniforme, en apparence du moins, sur les deux côtés du corps, et fait quelques mouvements pour échapper à la douleur, sans prononcer un mot, ni même ouvrir les yeux.

Les mouvements communiqués du bras droit déterminent une expression d'anxiété sur la physionomie, ce qu'explique la présence de la fracture de la clavicule. Les pupilles sont égales et sensibles à la lumière. Le pouls est plutôt ralenti. La température à 37°,8. Mais le lendemain 7, tout s'est aggravé, le coma est plus profond; la température a monté à 39°,8, puis à 40°; le pouls s'est élevé à 84, puis à 120, et la mort, qui paraît imminente, arrive le 8 février à 2 heures du matin.

Notons que, dans le cours du second jour, la pupille du *côté gauche* est plus dilatée et plus insensible que celle de *droite*, et que la tuméfaction du cou du *côté droit*, de même que l'ecchymose mastoïdienne ont sensiblement augmenté.

**AUTOPSIE.** Dès que les parties molles de la région temporo-pariétale *droite* sont incisées, on découvre un énorme épanchement sanguin descendant dans la région mastoïdienne et envahissant la partie supérieure du cou dans ses parties profondes comme dans les couches superficielles. En écartant les caillots qui composent cet épanchement, on met à découvert une fracture allongée des os du crâne, fracture dont les bouts écartés laissent passer des caillots qui se continuent avec ceux qui soulèvent les parties molles. Cette grosse hémorragie s'est faite évidemment à la surface interne du crâne, et par l'écartement des bouts de la fracture s'est répandue dans les tissus voisins.

La *calotte crânienne* est enlevée avec la scie; l'épanchement sanguin, constaté tout à l'heure du côté droit, s'est fait entre la surface interne du crâne et la dure-mère qui n'a pas été déchirée. Aussi n'existe-t-il pas de sang entre elle et la surface de l'encéphale. Du *côté gauche*, au contraire, nous trouvons sous-jacent à la dure-mère et étalé à presque toute la surface externe de l'hémisphère cérébral un fort épanchement: de ce côté rien entre la dure-mère et les os. Les caillots sont plus épais au niveau du lobe spénoïdal et c'est de l'extrémité antérieure de celui-ci qu'ils paraissent prendre naissance: en effet, cette portion du lobe est le siège d'une contusion violente avec déchirure de la substance cérébrale, dont les débris se mêlent aux caillots sanguins. Une autre contusion, très-limitée de la substance nerveuse, existe encore à la partie inférieure de la première circonvolution frontale du même côté *gauche*. Enfin, le lobe *droit du cervelet* est le

siège d'une longue déchirure qui va de l'extrémité antérieure à l'extrémité postérieure de la circonférence externe. Cette lésion du cervelet, pour le dire dès maintenant, correspond à une fracture longitudinale de la face postérieure du rocher. La fosse occipitale correspondante est remplie de sang, lequel a envahi la partie supérieure du canal rachidien.

Les lésions du squelette existent des deux côtés du crâne : les plus importantes et les plus étendues sont du *côté droit*. Ce sont les suivantes : à la partie postérieure du pariétal se trouve une fracture étoilée avec léger enfoncement : du point central partent quatre traits de fracture complète, dont trois supérieurs peu étendus, et un inférieur qui descend le long du bord postérieur du pariétal, se continue sur le temporal, divisant l'apophyse mastoïde vers son tiers postérieur et se continuant enfin d'une façon irrégulière sur toute la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré antérieur. Au niveau du bord supérieur de l'écaille du temporal, une fissure part du trait principal de fracture et parcourt d'un bout à l'autre le biseau externe de cette écaille. Le point central d'où irradiant les fractures que nous venons de décrire se trouve juste au niveau d'une branche de division de la méningée moyenne, c'est de là qu'est venu le sang épanché dans toute la région.

Toutes ces lésions rappellent les caractères classiques des fractures du crâne par irradiation : mais en examinant la surface interne du crâne du *côté gauche*, nous avons été surpris d'y trouver des fissures qui ne pouvaient reconnaître le même mécanisme de production. Ces fissures ne nous ont apparu qu'après l'ablation de la dure-mère qui les masquait en les tapissant et voici quelle était leur disposition : Il en existait d'abord une, la plus considérable, dans la fosse occipitale, c'est un trait de fracture très-fin, naissant à un centimètre environ de la ligne médiane et allant obliquement d'arrière en avant, aboutir à un fragment de la lame vitrée de la largeur d'une pièce de 50 centimes, complètement circonscrit par la fissure.

Une autre fissure, plus petite, ayant environ un centimètre et demi de long, se trouve dans le fond de la fosse sphénoïdale ; elle est d'ailleurs comme le sont les autres, entourée d'une teinte ecchymotique de l'os. Je rappellerai que c'est à ce niveau que siégeait la contusion si forte du lobe sphénoïdal du cerveau.

Notons encore une petite coquille détachée du bord inférieur de la fente sphénoïdale et, enfin, une fissure d'un centimètre de long, circonscrite par des taches ecchymotiques et occupant la dépression olfactive à gauche de la ligne médiane

et partant de cette ligne. Il serait presque superflu de dire qu'il n'y a aucune continuité entre la fracture directe du côté droit et toutes ces lésions osseuses du côté opposé, et les recherches les plus minutieuses ne nous en ont pas révélé.

Pour expliquer la production des fissures du *côté gauche*, il faut donc invoquer le mécanisme du contre-coup, à moins d'admettre l'objection qui se présente naturellement, à savoir que, dans ce cours de la chute, la tête a eu à subir des chocs successifs de l'un, puis de l'autre côté. Mais des renseignements précis pris sur le lieu même de l'accident nous permettent d'affirmer qu'on ne peut avoir recours à cette explication. La malheureuse femme dont il s'agit est tombée d'une hauteur, en somme, peu élevée, puisque c'est la hauteur d'un premier étage situé à environ trois mètres et demi du sol. Elle est tombée sur le côté droit sans avoir pu rencontrer aucun obstacle dans sa chute : les lésions l'indiquent suffisamment, et elle a été trouvée dans cette position par les personnes qui l'ont relevée. On ne saurait donc raisonnablement prétendre que le côté gauche ait été le siège d'un traumatisme direct.

#### **S. Anévrisme valvulaire cicatrisé de la mitrale;**

par GÉRARD MARCHANT, interne des hôpitaux.

Langlet, 67 ans, marchand des quatre saisons, entre à l'Hôpital Saint-Antoine en février, service de M. BROUARDEL, salle Saint-Augustin, n° 33.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter n'offre pas grand attrait au point de vue clinique, mais m'a semblé intéressante au point de vue anatomo-pathologique. — Il s'agit d'une altération valvulaire de la mitrale, que je rattacherais volontiers à un anévrisme valvulaire, mais qui en diffère cependant par certains caractères.

Sur la face auriculaire de la mitrale on aperçoit une ulcération irrégulière à fond granuleux, anfractueux, — elle a environ les dimensions d'une pièce de 20 centimes. — Si on prend la mitrale entre la pousse et l'index, et dans le point où siège cette ulcération, on sent une induration qui se prolonge dans l'épaisseur de la mitrale et jusque dans le point où le pilier principal vient s'insérer sur elle. — Si on fait l'incision de cette partie indurée et du côté de la face ventriculaire, là où il n'existe aucune altération appréciable à l'œil nu de l'endocarde, sa section révèle une partie centrale noire, formée de plusieurs couches lamelliformes à teintes différentes et devenant blanches à la périphérie. — On peut facilement énucléer cette partie centrale, et on produit alors une cavité irrég-



gulaire, à base auriculaire, à sommet ventriculaire et s'insinuant entre les différents cordages du pilier. — Cette cavité pourrait contenir un gros pois. — Les parois en sont épaissies : la mitrale n'est pas saine à sa périphérie, et elle donne une sensation de dureté calcaire.

Quant au contenu de la cavité, il semble être formé par de la fibrine, par places il y a une induration calcaire. Sommes-nous en présence d'une plaque athéromateuse ayant amené un abcès, et ayant donné lieu à une cavité qui est revenue sur elle-même emprisonnant de la fibrine ? N'est-ce pas un anévrysme valvulaire guéri en partie par cicatrisation, et rétraction de la fibrine ? — La lésion est très-ancienne, ainsi que le prouve le travail de rétraction.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, dans les anévrysmes valvulaires, l'orifice d'entrée, l'ouverture de l'anévrysme, est *toujours* situé du côté où, physiologiquement s'exerce la pression du sang. — Or, dans le cas d'anévrysme valvulaire de la mitrale, l'orifice devrait regarder la face ventriculaire ; c'est le contraire que nous observons. Dans sa thèse sur les *anévrysmes du cœur*, Pelvet ne signale aucune disposition de ce genre, et c'est ce qui doit nous faire concevoir des doutes sur la nature anévrysmale de cette lésion. — M. Brouardel a appelé notre attention sur ces différentes particularités, et nous a fait remarquer que, par sa forme, son contenu, cette poche en entonnoir se rapprochait surtout des anévrysmes valvulaires.

Cette lésion rétrécissait considérablement l'orifice mitral : il y avait en même temps insuffisance.

L'oreillette gauche est considérablement développée.

Mon ami, M. Letulle, a bien voulu se charger de l'examen microscopique. (Il sera prochainement remis.)

Cette pièce anatomique appartenait à un individu âgé de 67 ans et qui avait eu, à l'âge de 25 ans, une attaque rhumatismale qui aurait duré 5 à 6 mois. — Il est probable que c'est à cette époque que se serait produite la lésion que nous venons de décrire. Nous avons recherché s'il était possible de retrouver trace des embolies qui, très-probablement, devaient avoir accompagné la formation de cette lésion : il existait au niveau du foie des cicatrices déprimées, foncées, constituées par un tissu fibreux qui part de la superficie de l'organe envoyant des prolongements dans son intérieur : il y avait trois ou quatre cicatrices de ce genre existant sur la face antérieure du foie. Rien de semblable n'existait dans la rate.

Du côté du rein, on trouvait aussi des dépressions en cupule, mais elles semblaient avoir été produites par une agglomération de petits kystes du rein, fondus ensemble ; l'exis-

tence de kystes en voie de développement, les uns isolés, les autres fusionnés, rend probable cette interprétation.

Au point de vue clinique, il était impossible de diagnostiquer cette lésion: elle s'accompagnait d'une hypertrophie considérable du cœur, d'un frémissement notable à la palpation et à l'auscultation d'un bruit de souffle. Le timbre de ce bruit de souffle n'offrait rien de spécial; il prolongeait évidemment le premier temps du cœur; quant à son siège, il existait à la pointe; mais aussi dans le deuxième espace intercostal gauche, il paraissait y avoir un second centre de battements, un souffle net y était perceptible, la matité s'y prolongeait. C'est ce qui fit croire à M. Brouardel à la possibilité d'une dilatation aortique; tout en formulant des réserves, notre maître se basait encore, pour accepter cette opinion, sur une dilatation inégale du système veineux des deux côtés; la jugulaire externe gauche était très-dilatée (volume du petit doigt), et la droite à peine appréciable; enfin, il y avait des battements artériels visibles dans les petites artères de la paroi thoracique antérieure.

Nous nous étions demandé si l'hypertrophie considérable de l'oreillette gauche ne pouvait pas expliquer cette méprise qui se trouve signalée dans la thèse de M. Pelvet; il ne semble pas douteux que quelques-uns des signes physiques rapportés plus haut ne peuvent être rapportés à cette énorme dilatation auriculaire. — Mais cette cavité remplie de sang pouvait-elle amener à distance la compression du tronc brachio-céphalique veineux gauche? C'est ce qu'il nous a été impossible de démontrer.

### **9. Arthrite sèche de l'articulation fémoro-rotulienne;**

par HENRIET, prosecteur des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sur le cadavre d'un homme de 60 ans environ, livré aux travaux de dissection. Tout renseignement fait défaut, relativement à l'évolution clinique de la lésion.

La rotule est déplacée en dehors, de telle sorte que sa face articulaire ne répond plus qu'au segment articulaire du condyle externe. Ce déplacement s'est d'ailleurs produit parallèlement à l'axe de l'os, sans déviation ni inclinaison de cet axe en haut ou en bas, en avant ou en arrière. Si l'on examine les surfaces articulaires, on les trouve à peu près complètement dépouillées de cartilage. La substance osseuse est à nu, comme on peut s'en assurer par la palpation, et avec la pointe du scapel. Ces surfaces présentent, en outre, une striation longitudinale des plus régulières, produite par une série de

reliefs verticaux, parallèles entre eux, s'étageant de dedans en dehors pour la rotule, de dehors en dedans pour le condyle. Il en résulte, pour le premier de ces os, un amincissement considérable de son segment interne, qui est à peu près diminué de moitié dans son épaisseur. Cette disposition curieuse résulte évidemment de la marche même de l'arthrite sèche et de son mode de progression. A mesure que le cartilage disparaissait sur une zone verticale des surfaces articulaires, et que le frottement réciproque usait la substance osseuse dans la longueur de cette zone, la rotule se déplaçait progressivement en dehors. Sa migration s'est ainsi accomplie par une série d'étapes, dont chacune est marquée par une de ces entailles qui ont rayé la rotule et le condyle.

Nous ferons remarquer, en outre, que le sujet sur lequel cette pièce a été enlevée ne présentait nulle part aucune autre trace d'arthrite sèche. Bien plus, cette lésion était absolument limitée aux deux surfaces que nous avons décrites; dans tout le reste de l'articulation du genou, même sur la facette condylienne abandonnée, le cartilage présentait son aspect et sa consistance ordinaire.

**10. Ankylose coxo-fémorale, par fusion osseuse; par M. PRON,**  
externe des hôpitaux.

J'ai trouvé la pièce que je présente à la Société anatomique, à Clamart, en disséquant dans le pavillon de M. le professeur Henriot. C'était un débris abandonné par les élèves: l'os coxal était détaché de son congénère et du sacrum, le fémur était scié à environ 15 centimètres de l'articulation coxo-fémorale. Il n'existait sur la pièce que des lambeaux informes de parties molles. Je n'ai donc pu étudier que le squelette de la région. M. Henriot, auquel je montrai l'articulation, me conseilla de scier l'ankylose et pensa que cette pièce pourrait intéresser la Société anatomique.

Cruveilhier admettait cinq espèces d'ankylose complète. L'une de ces espèces est l'*ankylose par fusion osseuse*, dont cette pièce est un exemple. Il décrit deux variétés d'ankylose par fusion: 1° l'*ankylose par juxtaposition*, dans laquelle on peut distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre extrémité osseuse; l'ankylose est séparée par une lame de tissu compacte; 2° l'*ankylose par fusion proprement dite*, dans laquelle les extrémités osseuses sont tellement confondues, qu'il est impossible de reconnaître ce qui appartient à l'une ou à l'autre. Tel est le cas de cette pièce. Ainsi que l'indique Cruveilhier le volume et le poids des parties ankylosées semblent avoir subi une diminution sensible. On ne trouve pas sur cette pièce le

canal médullaire central, qui, d'après Lacroix, se développerait dans le tissu spongieux des ankyloses.

Je ferai remarquer la position du fémur qui se trouve dans la flexion, la rotation en dedans et l'adduction. Le petit trochanter est porté en dedans et en arrière. Le col du fémur a presque disparu, il n'est plus qu'*indiqué* par une dépression osseuse. Sur les pièces analogues du musée Dupuytren, trois seulement m'ont semblé avoir un écrasement du col presque aussi complet.

M. HOUEL. Il existe dans le musée Dupuytren un grand nombre d'ankyloses coxo-fémorales, par fusion. Dans ces cas, il n'existe plus ni tête du fémur, ni cavité cotyloïde, et, ainsi que Cruveilhier l'a fait remarquer, le col a perdu de sa longueur et l'articulation de son volume. Le cas qu'on nous présente rentre parfaitement dans le groupe des ankyloses par fusion osseuse.

**44. Tumeurs cérébrales multiples ;** par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Dupuis, Ernest-J.-B., 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 14 décembre 1877, salle Saint-Thomas, n° 3 (service de M. OULMONT). Des troubles nerveux vagues, des symptômes diffus, ainsi que des accidents convulsifs survenus dans ces derniers jours ont fait porter le diagnostic : alcoolisme, épilepsie probable. A partir du mois de janvier, époque où nous avons eu l'occasion de suivre le malade, aucun symptôme spécial ne s'est montré. Le malade, déjà épuisé, s'affaiblissait chaque jour davantage, la parole était de plus en plus embarrassée ; cependant nous devons signaler, d'une façon toute particulière, que le malade se plaignait de ne pouvoir remuer aussi bien le bras et la jambe du côté droit que du côté opposé : les mouvements de la jambe droite étaient très-douloureux, presque impossibles ; mais ce qui contribuait à augmenter cette difficulté du mouvement, c'était une carie des métatarsiens. Le moindre mouvement imprimé au pied, retentissait douloureusement dans tout le membre inférieur et surtout dans le genou. Au membre supérieur, la parésie qui existait s'accompagnait d'un certain degré de contracture de l'avant-bras, que l'on parvenait à vaincre assez facilement, mais qui se reproduisait ensuite presque aussitôt. Enfin, les membres du côté droit paraissaient diminuer de volume relativement à ceux du côté opposé.

L'effaïssement devint encore plus marqué pendant le mois

de février. Eschare au sacrum, rien dans les urines. L'ensemble des symptômes précédents fait penser à l'existence d'une lésion cérébrale probable du côté gauche.

AUTOPSIE (1). — Plusieurs *tumeurs* de volume inégal et situées dans des régions différentes du cerveau. Les unes sont superficielles et font saillie sous la pie-mère à laquelle elles sont adhérentes ; d'autres, au contraire, sont situées au-dessous de la substance corticale et ne se trouvent que lorsqu'on a écarté les circonvolutions les unes des autres ; leur consistance dure permet de reconnaître leur existence, même au-dessous de la lame de substance cérébrale qui les recouvre. Les coupes des hémisphères n'ont fait découvrir dans l'épaisseur même des centres cérébraux aucune tumeur autre que celles trouvées d'abord, et qui sont toutes plus ou moins voisines de la substance corticale.

Trois de ces tumeurs (la plus grosse dépasse le volume d'une noix) occupent la partie supérieure des circonvolutions marginales du sillon de Rolando et le lobule paracentral. Deux sont superficielles et font saillie à la surface des hémisphères où la pie-mère leur adhère d'une manière intime ; en ce point la circonvolution pariétale ascendante est en partie détruite. La troisième tumeur est petite, profonde et logée au-dessous des deux précédentes, dans la substance blanche. (C. figure 1 du schéma joint à l'observation.) Une quatrième tumeur, très-superficielle aussi, se trouve à peu près assez exactement au milieu de la première circonvolution frontale (D.) Une cinquième, située dans la scissure interhémisphérique, un peu au-dessus de la partie antérieure du corps calleux, passe comme un pont, pour ainsi dire, d'un hémisphère à l'autre ; la coupe, passant par la scissure, la partage en deux parties inégales, celle de gauche étant la plus volumineuse. (Voir figure 2.) Deux autres tumeurs existent encore dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche (E, F), une seule se trouvait dans l'hémisphère droit ; elle occupait la deuxième circonvolution temporale. Rien de particulier dans les autres parties de l'encéphale.

L'examen histologique d'une de ces tumeurs, fait au laboratoire d'histologie de Clamart, par MM. Bruchet et Balzer, a fait reconnaître qu'on avait affaire à des tubercules du cerveau (les poumons étaient tuberculeux).

Le nombre considérable de ces tumeurs (huit) ainsi que leur siège en des points divers du cerveau, explique la diffusion

---

(1) Dessins déposés dans l'Album de la Société.

des symptômes, qui ne pouvait permettre de porter un diagnostic précis. Toutefois, la prédominance des troubles de motilité et de nutrition dans le côté droit du corps, ont trouvé leur explication dans la prédominance des lésions anatomiques des deux circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, gauches.

**12. Affection osseuse généralisée à plusieurs parties du squelette. — Fracture spontanée du fémur. — Phlegmon orbitalaire et fonte de l'œil. — Infection purulente.** (Dessins dans l'Album de la Société : Pièces déposées au Musée de l'Amphithéâtre des hôpitaux) ; par A. Mossé, interne des hôpitaux.

Wattier, J.-B., 54 ans, cordonnier, entre le 28 juin 1877 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, deux jours après il passe en chirurgie, salle Saint-Antoine, n° 21, service de M. A. Guérin, pour une tumeur de la paupière, faisant saillie sous la conjonctive et entraînant un ectropion en même temps qu'une inflammation de cette muqueuse. Pendant plusieurs jours, cautérisations avec une solution de teinture d'iode très-étendue. Le globe oculaire lui-même devient malade quelque temps après, et il se développe un phlegmon qui se termine par fonte purulente de l'œil. Consécutivement le malade est pris de frissons et d'autres accidents qui font penser à l'infection purulente ; presque à la même époque, il accuse dans la cuisse des douleurs, dont la nature est d'abord méconnue, mais ensuite on constate dans la cuisse gauche, l'existence d'un phlegmon profond, et bientôt après une crépitation osseuse très-nette et accompagnée de mobilité, annonce qu'il s'est fait une fracture spontanée du fémur. La cuisse droite, elle aussi, est le siège d'une suppuration assez abondante ; on y reconnaît l'existence du pus, mais sans fracture ; l'empatement et la tuméfaction sont, d'ailleurs, moindres que du côté opposé. Rien n'appelle l'attention du côté des bras, ni douleurs, ni tuméfaction.

L'état général devient très-mauvais, le teint est gris-terreux, la température offre des irrégularités, et le malade succombe, épuisé par la suppuration et l'infection purulente, le 28 août, à huit heures du soir.

**AUTOPSIE** le 30 août. — Petits abcès métastatiques dans le foie, caillot dans un des sinus caverneux, adhérent aux parois ; les lésions viscérales confirment le diagnostic, infection purulente.

*Cuisse gauche.* — Très-œdématiée, les masses musculaires sont infiltrées de pus, dans presque toute la hauteur du membre. Vaste collection purulente profonde, qui baigne le fémur

dans presque toute son étendue, mais surtout au niveau de la partie moyenne et supérieure de la diaphyse. Cet os est fracturé dans la région supérieure, presque à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur, les fragments sont irréguliers, amincis sur leurs bords, et entourés par le pus ; le canal central de la moelle, vers lequel se prolongent quelques travées osseuses, se trouve ainsi largement ouvert au milieu du pus, à chacune de ses extrémités il présente une sorte de bouchon verdâtre, épais. La diaphyse est le siège d'une ostéite végétante, qui forme, pour ainsi dire, dans son ensemble, la diaphyse d'un os nouveau, enfermant l'os ancien comme dans un étui, d'épaisseur inégale, selon les points. Par petites places même, ces productions osseuses, de nouvelle formation, manquent. Ces lésions paraissent anciennes, elles ne ressemblent pas à celle de l'ostéite syphilitique. L'articulation coxo-fémorale est saine ; il y a du pus dans l'extrémité inférieure du fémur.

*Cuisse droite.* — Elle est aussi le siège d'un vaste abcès, offrant des caractères analogues à celui qui existe du côté gauche, mais moins étendu. Ostéite de la diaphyse, occupant une moins grande surface que celle du fémur gauche, mais de même nature, sans fracture ; les ostéophytes ressemblent à ceux qui se sont développés sur l'autre fémur.

L'existence de ces lésions osseuses, multiples (les tibias semblent, eux aussi, avoir commencé à être le siège d'une inflammation), et plus prononcées à gauche, donne l'idée d'examiner les os du membre supérieur du même côté, bien que rien n'ait attiré, pendant la vie, l'attention sur cette partie du corps. Le bras et l'humérus n'offrent rien de particulier à signaler. À l'avant-bras, les muscles superficiels de la région antérieure ont un aspect normal, ceux qui sont situés au-dessous, sont décolorés, et les faisceaux musculaires, couchés dans l'espace interosseux, ont une couleur feuille morte, dans une certaine partie de leur étendue. Le périoste du radius paraît plus injecté qu'à l'état habituel ; l'os est sain. Le cubitus est atteint d'ostéite dans toute la hauteur de la diaphyse, les deux épiphyses sont respectées ; l'os est dur, il n'y a pas de carie, et l'ostéite, de même nature que celle des fémurs, est bien moins avancée. Les ostéophytes, très-développés sur les faces antérieure et externe de l'os, sont très-rares sur la face interne ; il n'y a pas de suppuration.

(Voir pour ces lésions, dans l'Album de la Société, les dessins, très-fidèles, qui en ont été faits par notre collègue Savard.)

Cette observation, bien qu'elle n'ait pas été prise avec tous les détails qu'elle eût pu comporter, nous a paru cependant .

mériter d'être rapportée. Il y a eu chez le malade, qui en a fait le sujet, une affection généralisée à plusieurs os, et dont la cause paraît difficile à saisir. On ne peut songer au cancer des os, et les lésions ne ressemblent pas à celles dues à la syphilis. Leur origine remonte évidemment à une époque antérieure à celle de l'entrée du malade à l'hôpital (il y est resté deux mois), ainsi que l'on peut s'en assurer par l'examen du fémur qui a été conservé. L'affection, au début, doit avoir été silencieuse, ainsi que peut servir à le prouver la lésion, déjà assez avancée, du cubitus, et dont l'existence n'était pas soupçonnée. Ce n'est, d'ailleurs, que quand le pus était déjà assez abondant autour des lésions osseuses des membres inférieurs que l'attention a été attirée de ce côté ; jusque-là, l'affection oculaire tenait la première place. Y a-t-il simple coïncidence ou corrélation entre la fonte de l'œil et cette lésion des os après lesquelles on a vu survenir l'infection purulente ? Nous avons dit que l'examen des pièces anatomiques, permettait de penser que la lésion des os est antérieure à la fonte de l'œil, celle-ci survenue seulement un mois avant la mort, mais il est possible que chacune d'elles ait contribué à produire l'infection purulente.

Au sujet de cette observation, et à un moment où la question des pansements est à l'ordre du jour, qu'il nous soit permis de dire que ce cas de pyohémie, est le seul que nous ayons observé, pendant l'année passée, dans le service de notre maître, M. A. Guérin, où tous les blessés ont un pansement ouaté, et que ce malade n'était point un blessé.

**13. Double hydrocèle chronique chez un vieillard affecté de deux hernies inguinales anciennes; par E. BRISSAUD, interne des hôpitaux.**

Sur un homme mort de péritonite à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée, nous avons trouvé les lésions suivantes : deux hernies inguinales volumineuses descendaient au milieu des éléments du cordon jusque dans les bourses. Le cordon était hypertrophié dans toutes ses parties constituant, et les plexus veineux présentaient un développement tout à fait extraordinaire. Les testicules étaient sains ; mais les tuniques vaginales, très-distendues, renfermaient une grande quantité de liquide séreux. L'une d'elles, qui fait l'objet de la présentation actuelle, offre des caractères assez intéressants. Elle adhère à toute la face antérieure du testicule, et le décollement de ses deux feuillets, sans doute consécutif à une ancienne vaginalite, est devenu tout à fait impossible. Au dessus de la glande, elle forme une voûte, une sorte de dôme



à parois très-épaisses, traversé dans tous les sens par une charpente inextricable de faisceaux conjonctifs parcourus par des vaisseaux sanguins en très-grand nombre. Cette disposition démontre parfaitement l'exactitude de la théorie de M. Gosselin sur la formation de l'hématocèle vaginale. Il est incontestable qu'un léger traumatisme, un froissement, un tiraillement du scrotum aurait pu déterminer la rupture d'une de ces travées cellulo-vasculaires, et qu'il en serait résulté un épanchement sanguin dans la séreuse du testicule. D'ailleurs, dans le tissu conjonctif sous-séreux on aperçoit déjà une série de petites ecchymoses circonscrites, telles que M. Gosselin en a signalé dans les hydrocèles chroniques.

M. BERGER fait remarquer qu'outre les vaisseaux contenus dans ces néo-membranes, M. Gosselin a décrit aussi de petits kystes à contenu séreux, qu'on trouve également dans l'épaisseur de ces membranes; deux ou trois de ces petits kystes existent sur cette pièce.

---

*Séance du 8 mars 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**14. Note sur la pathogénie du céphalœmatomè; par Ch. Féné.**

Dans une précédente communication, j'ai appelé l'attention de la Société sur la relation qui existe entre certaines particularités de l'évolution du crâne à la région sagittale avec le siège constant des plaques d'atrophie sénile (*Bull. Soc. Anat.*, 1876, p.485). En faisant ces recherches, j'avais été frappé de la localisation exclusive du céphalœmatome précisément dans la même région, et je m'étais demandé si cette singulière affection n'était point aussi en rapport avec une particularité de développement du pariétal. Cette localisation exclusive ou presque exclusive vers l'angle postéro-supérieur du pariétal droit n'a point pu, en effet, jusqu'ici, être expliquée, du moins

complètement, par les circonstances extérieures puisqu'on voit l'hématôme sous-épicrânien se développer aussi bien quel que soit le volume relatif des parties fœtales et maternelles, que l'accouchement soit facile ou difficile, etc; il n'existe suivant ces diverses circonstances que quelques différences de fréquence peu importantes. Il était donc à présumer qu'il existait une cause prédisposante résidant dans une disposition anatomique constante ou au moins fréquente et que le traumatisme ne jouait qu'un rôle secondaire de cause déterminante.

Les anciens anatomistes ont remarqué depuis longtemps qu'il existe quelquefois sur le crâne des nouveau-nés des sutures incomplètes, des fausses sutures ou plutôt des incisures du bord de l'os. Gerdy avait même vu que, lorsque deux incisures de ce genre un peu larges s'abouchent au même point sur la suture sagittale, il peut en résulter une véritable fontanelle accessoire. Mais c'est surtout M. Broca qui s'est occupé du mode de déformation de ces fissures à la région sagittale; il a montré qu'elles résultent d'un arrêt de développement caractérisé par le défaut d'accolement des fibrilles osseuses; qu'elles se rencontrent principalement dans une petite région qui correspond à l'intervalle compris entre les trois cinquièmes antérieurs et le cinquième postérieur de la suture sagittale; il a indiqué enfin l'importance de cet arrêt de développement au point de vue de la formation des trous pariétaux et de l'évolution de la suture sagittale dans cette région dite de l'obélion. (*Sur les trous pariétaux et la perforation congénitale double et symétrique des pariétaux. Bull. Soc. Anthrop. 1875, p. 326.*) Souvent il n'existe qu'une seule *fissure sagittale* du même côté, mais quelquefois, comme on le voit sur quelques-unes de ces pièces il existe une série de fissures parallèles presque accolées les unes aux autres, à peine séparées par quelques fibrilles osseuses. Elles présentent une longueur variable, mais ordinairement elles ne dépassent guère un centimètre; leur largeur varie depuis la simple fissure linéaire, jusque l'écartement considérable qui constitue la fontanelle de Gerdy.

Mais le pariétal peut encore présenter d'autres fissures que celles de la région obéiale. Vers le milieu du bord postérieur de l'os, au niveau du point où ce bord forme quelquefois un angle ouvert en arrière, on rencontre très-fréquemment une autre fissure que l'on pourrait appeler fissure *lambdoïdienne*, ordinairement unique et moins constante que la fissure sagittale. Cette fissure lambdoïdienne a aussi déjà été signalée, mais on n'a point insisté sur sa signification ou on en a donné une interprétation fautive. Ainsi M. Hoffmann, d'Innsbruck, qui

a étudié ces fissures du crâne au point de vue médico-légal (*Rev. des Sciences Méd.* T. IV. p. 602), dit que cette fente se dirige à peu près horizontalement en avant et il la rapproche des faits où le pariétal est divisé en deux parties par une suture longitudinale; et il en conclut que c'est une preuve que le pariétal se développe le plus souvent par deux points d'ossification et non par un seul. La fissure lambdoïdienne du pariétal est bien horizontale si on la considère sur le crâne entier; mais si on considère l'os pariétal isolé, on voit que cette fissure n'est point parallèle au bord supérieur de l'os, et qu'elle se dirige obliquement vers la bosse pariétale. Sur une pièce macérée on constate facilement qu'elle est exactement parallèle aux fibrilles de développement et qu'elle résulte, comme la fissure sagittale, d'un défaut d'accrolement de ces fibrilles. Les fissures lambdoïdiennes diffèrent donc des fissures qui pourraient être la trace de sutures médio-pariétales incomplètement ossifiées, car ces dernières sont ordinairement à peu près parallèles à la suture sagittale; en outre dans les cas de développement du pariétal par deux points d'ossification, on trouve deux centres d'irradiation de fibrilles, un pour chaque segment d'os, et le crâne présente une déformation spéciale dont j'ai montré un exemple à la Société (*Bull. Soc. Anat.* décembre 1877).

Dans quelques cas exceptionnels, on trouve encore à la naissance, de petites incisures secondaires sur toute l'étendue comprise entre les fissures sagittale et lambdoïdienne, c'est-à-dire sur tout le pourtour de l'angle postéro-supérieur du pariétal.

Des fissures analogues et de même origine se rencontrent fréquemment sur l'occipital, où, chez le fœtus, il en existe constamment une verticale et médiane partant de l'angle occipital et descendant vers la protubérance occipitale. Cette fissure n'est pas toujours oblitérée à la naissance. Il y a encore des fissures occipitales latérales partant de l'extrémité externe de la suture lambdoïde et s'avancant obliquement de dehors en dedans et de bas en haut plus ou moins loin vers la protubérance occipitale externe. On voit quelquefois d'autres fissures sur les points intermédiaires et on comprend qu'il peut s'en rencontrer accidentellement sur toute la périphérie des os qui se développent par des fibrilles divergentes.

J'ai surtout insisté sur les fissures pariétales parce que ce sont les plus intéressantes au point de vue du sujet qui m'occupe actuellement. Je ne puis dire si ces fissures sont plus fréquentes ou plus marquées à droite qu'à gauche; je rappellerai seulement que les trous pariétaux qui sont des vestiges

de la fissure orbitale paraissent exister plus souvent à droite (*Bull. Soc. anat. 1876, p. 489*).

On remarquera que les fentes pariétales que l'on peut considérer comme normales à une certaine période du développement et qui persistent très-fréquemment à la naissance, sont situées au voisinage de l'angle postéro-supérieur de l'os précisément dans la région où se développe ordinairement le céphalématome.

On comprend que la présence de ces fentes, sous l'influence d'une pression même légère, favorise la production d'un épanchement sanguin, soit par l'écartement pur et simple de la fente amenant la rupture des vaisseaux qui la traversent; soit en déterminant le siège d'une fracture qui allonge la fissure préexistante. Une fois la rupture vasculaire produite, le sang s'épanche au-dessous du périoste et il se forme une tumeur sanguine qui s'avance plus ou moins loin vers la bosse pariétale parce que, comme l'a fait remarquer P. Dubois, le péricrâne se laisse très-facilement décoller de l'os dans cette région, tandis qu'il est très-adhérent à la membrane suturale, de sorte que l'extension de l'épanchement est impossible du côté de la ligne médiane.

Voici une pièce recueillie à la Maternité (service de M. Hervieux) sur un enfant né à terme; il a été extrait par le forceps, mais je n'ai aucun détail sur l'accouchement. Le lendemain de la naissance on a constaté la présence du céphalématome qui aurait diminué à peu près d'un quart jusqu'à la mort qui eût lieu le quatorzième jour. À l'autopsie, je trouve sur le pariétal droit une tumeur qui paraît occuper près de la moitié de l'étendue de l'os et qui forme une saillie d'à peu près 1 centimètre d'épaisseur. — La peau et l'aponévrose sont mobiles au-dessus d'elle; on ne trouve pas d'épanchement au-dessus du péricrâne, les tissus sont seulement un peu teints par le sang infiltré qui n'arrive pas jusqu'à la peau. La tumeur, mise à nu, offre une coloration noire à reflets bleuâtres, lisse sur toute son étendue, elle s'affaisse graduellement à la périphérie où sa membrane d'enveloppe se continue sans ligne de démarcation avec le péricrâne. Autour de la tumeur, dans une étendue de 1 centimètre, sauf sur la suture sagittale, le périoste à une teinte ecchymotique. La tumeur présente une consistance pâteuse, quand on ouvre la poche, on la trouve remplie d'un caillot noir assez dense et pris en une seule masse, mais se décollant mal des parois. On voit alors que l'épanchement est situé entre le péricrâne et l'os. Le péricrâne est décollé du côté de la ligne médiane jusqu'à 2 mm. en dehors du bord sutural du pariétal; en avant, le décollement s'avance jusqu'à 24 mm.

de la suture coronale; en arrière, jusqu'à 1 cent. de la lambdoïde; en dehors, il arrive jusque sur le sommet de la bosse pariétale, c'est-à-dire qu'il s'étend sur une surface presque ronde dont le grand axe longitudinal et le grand axe transversal ont 45 mm. Le périoste paraissait très-épais, principalement vers les limites de la tumeur, mais il n'a pas été examiné histologiquement. L'os sur lequel reposait le caillot présente, un peu au-dessus de la bosse pariétale, deux petites plaques rugueuses dont l'aspect rappelle celui des rugosités que l'on trouve au voisinage du bourrelet osseux quand il est formé. Ici, il n'existe pas trace de bourrelet, à la limite de la tumeur on voit le périoste s'accoler à l'os normal. En arrière, la collection sanguine n'arrivait pas jusqu'à l'extrémité de la fissure lambdoïdienne; mais du côté de la ligne médiane, on trouve 3 fissures sagittales dont deux assez larges, ne s'avancant que de 2 et 3 mm. en dedans de la limite de l'épanchement, et une autre plus antérieure, plus étroite et plus longue; le sang qui remplissait les fissures, en communication avec la collection, était à peu près liquide. Dans l'intérieur du crâne, on ne trouve aucune trace d'épanchement, la dure-mère n'est colorée que dans les points qui correspondent aux fissures. On ne voit aucune autre lésion sur le reste de l'étendue de l'os qui supportait le céphalématome (l'autre pariétal présentait des fissures dans les points homologues).

Dans un bon nombre de cas où il existait à la fois un céphalématome externe et un interne, on a noté l'existence, de fissures faisant communiquer les deux collections; M. Guéniot possède une pièce de ce genre, et la fissure est absolument identique aux fentes sagittales de développement que nous connaissons.

Si on n'a jamais noté l'existence de ces fentes dans les cas de céphalématome externe, cela me paraît tenir à ce qu'on a rarement l'occasion de faire l'examen anatomique dans les premiers jours; s'il n'est fait que tardivement, la fissure qui résulte plutôt d'un retard de développement que d'un véritable arrêt, peut s'être oblitérée par les progrès du travail physiologique; ou bien, si le bourrelet osseux périphérique a eu le temps de se former, il peut masquer à peu près complètement la fissure. Voici en effet une pièce que je dois à l'obligeance de M. le professeur Parrot, on voit très-bien ce mode d'oblitération de la fissure, que l'on constate encore facilement du reste.

A mesure que la tumeur se rétrécit, quand la source de l'hémorrhagie est tarie, elle tend à se limiter à la région où l'épanchement était le plus épais, c'est-à-dire au centre du

décollement, et elle tend à s'éloigner de la fissure qui s'oblitére.

Ainsi, pour nous, la présence des fissures de développement, si fréquentes sur les os du crâne, joue un rôle important en tant que cause prédisposante dans la production du céphalœmatome. Les pressions légères ou fortes qui sont des causes déterminantes nécessaires, agissent en écartant ces fissures et en déchirant les vaisseaux qui y passent ou en produisant une fracture dont le siège et la direction sont déterminés par le siège et la direction de la fissure. On voit très-bien sur cette autre pièce la fracture linéaire qui continue la direction de la fissure pour aboutir au céphalœmatome.

Si le céphalœmatome est plus fréquent sur le pariétal droit, cela tient à ce qu'il est plus exposé à la cause déterminante au traumatisme dans l'accouchement, même normal. Mais les fissures crâniennes qui peuvent se rencontrer exceptionnellement sur tous les points de la voûte, rendent compte de la possibilité de rencontrer cette affection non-seulement sur le pariétal gauche, mais sur le frontal, sur l'occipital, sur le temporal même comme on en a vu des exemples.

Bien que les quatre seuls cas de céphalœmatome que j'ai eu occasion d'observer anatomiquement viennent à l'appui de cette manière de voir, je n'ose pas dire que la présence des fissures est indispensable à son développement, mais je pense que ces faits suffisent pour motiver un examen des faits qui se présenteront à l'avenir.

M. BUDIN. Ces fissures du pariétal, qui donnent la clef de la formation des fontanelles supplémentaires, ont été bien étudiées déjà par M. Broca ; une thèse intéressante, inspirée par lui, a été passée sur ce sujet en 1876, par M. Auger. La région pariétale, d'ailleurs, intéresse vivement les accoucheurs, car lorsque la tête est déformée, c'est en ce point que réside la lésion. L'explication que vient de vous fournir M. Féré sur la pathogénie du céphalœmatome est extrêmement intéressante ; je ne crois pas cependant qu'elle soit applicable à tous les cas, par exemple dans ceux où l'épanchement sanguin ne siègeait pas au niveau du pariétal. Pour mon compte, j'ai pu observer à la Maternité un céphalœmatome siégeant à la région frontale, et un autre au niveau de l'occiput. Je rappellerai encore qu'il n'est pas rare, après des tractions vives opérées avec le forceps sur le crâne de l'enfant, d'observer de véritables fractures, continuation des fissures qu'on vient de

nous signaler, et cependant dans ces cas, on ne trouve presque jamais de céphalœmatome.

15. — M. ABBADIE-TOURNÉ présente un *kyste dermoïde*, observé chez un enfant de 7 ans. — L'observation n'a pas été remise.

16. Arrachement du pouce gauche avec tout le tendon du long fléchisseur propre; par Oct. GUELLOT, interne des hôpitaux.

Bertrand, charron, attachait un cheval avec une corde de la grosseur du petit doigt environ. Il faisait le nœud dit *d'accouplage*, et avait le pouce gauche passé dans l'anse du nœud, lorsque le cheval, tirant subitement sur l'extrémité de la corde, arracha le pouce qui fut retrouvé à plusieurs mètres de distance. B... ressentit au moment de l'accident une vive douleur; il perdit peu de sang et arrêta facilement lui-même l'hémorrhagie avec son mouchoir. Le Dr Guelliot (de Vouziers) vit la plaie quelques heures après; le moignon avait la forme d'un cône dont le sommet était formé par l'extrémité fracturée de la première phalange; — la peau rétractée laissait à nu cet os brisé en plusieurs fragments. Le Dr Guelliot désarticula ce qui restait de la première phalange, et se servit de la peau conservée pour faire un petit lambeau palmaire. La guérison se fit vite et sans aucun accident; elle était complète au bout de trois semaines. Aujourd'hui, B..., qui est journalier, se sert de son moignon comme d'un pouce et peut facilement pincer les objets, pourvu qu'ils aient un certain volume, entre son métacarpien et la paume de la main ou les autres doigts; la cicatrice n'est pas adhérente et tous les mouvements sont possibles.

La pièce, conservée dans l'alcool, comprend la dernière phalange et l'extrémité inférieure de la première phalange du pouce. La fracture a eu lieu tout près de la facette articulaire inférieure; les parties molles ont été déchirées beaucoup plus haut, vers le milieu de la phalange, et, comme cela est la règle dans ces sortes de plaies, la solution de continuité a la forme d'un entonnoir. La peau est coupée très-régulièrement dans la plus grande partie de son étendue, et il n'existe qu'une petite saillie en dehors et une encoche en dedans: il semble que la section soit le fait d'un instrument tranchant. L'un des nerfs collatéraux pend à la surface de la plaie. Le tendon extenseur est rompu au niveau de la peau; celui du long fléchisseur, au contraire, a été arraché dans toute sa longueur.

Ce tendon, qui mesure 25 centimètres, présente sur une longueur de 13 centimètres quelques fibres musculaires déchirées tout près de leurs insertions tendineuses.

**RÉFLEXIONS.** — Ce que présente d'intéressant cette pièce, c'est moins sa rareté que la cause de l'accident et la forme de la section cutanée. L'arrachement des doigts, en effet, n'est pas chose très-rare, et il en existe une soixantaine de cas disséminés dans les différents recueils médicaux. Mais, dans la plupart, la cause de l'accident est, soit une machine, soit la morsure d'un cheval. L'arrachement du doigt par une corde ou par une bride de cheval est beaucoup plus rare et c'est à peine si on en trouve sept ou huit cas. (Voyez : Zellerus, *Éphém. cur. natur.* Dec. III, an. 6 et 6, obs. 102. — *Journ. d'Allemagne*, III. Obs. 118, p. 371. — Recollin, *Mém. acad. chirurg.* II, p. 82. — J. Cloquet, *Journal des Progrès*, XI, p. 254. — Larrey, *Bul. soc. chirurg.* II, 1852, p. 608, et 1860, p. 530. — Perrier, *Id.* 1861, p. 92, — et un cas très-curieux de Syme, *Bul. gén. de thérapeutique*, 1851, t. XL, p. 552, avec fig. ; il s'agit de l'arrachement de l'auriculaire par un anneau.) Cependant, c'est un accident assez fréquent dans certains pays, dans les Ardennes par exemple, d'où provient notre pièce, les cultivateurs ont la mauvaise habitude, pour attacher leurs chevaux, de faire un nœud, *nœud d'accoûplage*, dans le premier temps duquel le pouce gauche maintient l'anse de la corde. Si, à ce moment, le cheval *tire au renard*, il entraîne presque infailliblement une partie du pouce : il y a alors, non-seulement traction sur le doigt, mais aussi mouvement de torsion. Dans notre pièce, il y a *section nette* des téguments : or, c'est là un fait signalé dans presque toutes les observations du même genre et qui prouve que la corde ou la bride coupe la peau avant d'arracher le doigt ; ce caractère est beaucoup moins fréquent dans les arrachements de doigts dus à une autre cause (cas de Chasseignac, de T. Saucerotte, de Em. Rousseau, de Crâne, de Huguier, de Notta et de Lesueur.) Outre le cas dont nous venons de parler, nous en connaissons trois autres dans un rayon de quelques kilomètres. Chez M. Cl..., la peau de l'extrémité du pouce seule a été enlevée à la façon d'une calotte, avec les trois quarts de l'ongle ; la douleur a été nulle au moment de l'accident. On dut réséquer l'extrémité de la phalange. Guérison en six semaines. Depuis ce temps, l'extrémité du doigt est restée très-sensible au froid et au toucher.



**17. Cancer primitif du foie ;** par A. ROUTIER, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., égoutier, âgé de 31 ans, entre à la Charité, salle Saint-Félix, n° 17 (service de M. LABOULBÈNE), le 9 février 1878.

Cet homme, dont le père et la mère existent encore, accuse comme antécédents pathologiques une fièvre typhoïde, qu'il a eue à l'âge de 10 ans, et quelques accès de fièvre intermittente qu'il aurait eu pendant son service militaire qu'il a fait en partie en Afrique, mais dont il avait été tout à fait débarrassé.

Il y a 3 mois environ, il a eu une pleurésie à droite, il fut soigné dans le service de M. le docteur Moutard-Martin, à Beaujon, où il resta un mois environ, et d'où il sortit entièrement guéri. Il a ainsi passé le mois de décembre 1877 et le commencement de janvier 1878, dans un état de santé parfaite en apparence.

Vers les derniers jours de janvier, il a senti quelques douleurs dans le côté droit, mais a pu, néanmoins, continuer son travail. Les douleurs ont augmenté vers les premiers jours de février, et il a eu de l'ictère ; il explique parfaitement que les selles étaient décolorées, et que l'urine, au contraire, était très-foncée en couleur.

Il appela un médecin qui fit appliquer 6 sangsues sur l'hypocondre droit ; ces piqûres provoquèrent une hémorrhagie assez abondante qu'on eut beaucoup de mal à arrêter.

A son entrée à la Charité, le malade présentait une teinte ictérique assez prononcée, et se plaignait de douleur dans la région du foie ; il n'était pas amaigri, et au premier abord on eût pu croire à une ictère simple, mais le ventre paraissait un peu ballonné. A l'examen de la poitrine on constata qu'il existait encore en arrière, dans le poumon droit, quelques frotements. Mais ce qui frappait surtout c'était la matité énorme que dénotait la percussion du foie. En avant, la matité s'étendait de 2 cent. au-dessus du mamelon jusqu'à 21 centimètres au-dessous. En arrière, la matité remontait jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate.

La distension des parois abdominales permettait difficilement la palpation du foie, on pouvait tout au plus, en déprimant, arriver sur un corps qui paraissait dur, mais on ne sentait aucune tumeur, aucune saillie anormale. Les urines contenaient du pigment biliaire en abondance, les fèces étaient peu décolorées.

Du 12 au 18 février, on vit peu à peu la teinte ictérique diminuer et disparaître, mais le ballonnement du ventre

augmentait, en même temps qu'on constatait de la matité dans les parties déclives de l'abdomen, preuve d'ascite.

Le 20, le foie, examiné avec soin, parut s'être un peu rehaussé, on ne trouvait plus que 0,18 cent. d'étendue de la matité sur la ligne mamelonnaire; le bord devenait de plus en plus difficile à percevoir.

Le 23, les deux membres inférieurs sont pris d'œdème, sans douleurs sur le trajet des veines, qui ne paraissent pas indurées.

Le 25, le malade a eu du délire la nuit, il se levait de son lit, de sorte qu'on a dû l'attacher.

Le 26 et le 27, le délire a continué, séparé par des intervalles de lucidité parfaite, l'amaigrissement a fait, dans ces derniers jours, des progrès effrayants.

Le 1<sup>er</sup> mars, le malade mourait après un de ces accès de délire, avec de la respiration stertoreuse et dans le coma.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve une quantité de liquide évaluée environ à 3 litres.

Le foie apparaît tout de suite très-congestionné et parsemé de noyaux blanchâtres dont la plupart sont en cupule sur toute la face convexe; le bord tranchant du foie est assez régulier, et est bien à 3 cent. de la ligne tracée sur la peau, le jour de son entrée.

Le *péritoine* qui forme les ligaments supérieurs est considérablement épaissi, mais ne présente pas de dégénérescence.

La face inférieure est toute déformée, le lobe de Spigel forme une masse de la grosseur du poing, parsemée de taches blanches, la plupart en saillie. L'éminence porte antérieure est considérablement augmentée, les deux lobes droit et gauche font aussi des reliefs considérables; enfoncé entre ces tumeurs, le hile de l'organe est rempli de gros ganglions. La *vésicule biliaire* ouverte ne présente pas de lésions.

Tous les organes d'origine de la veine porte sont examinés avec le plus grand soin; l'appareil génito-urinaire, tout entier, le *pancréas*, la *rate*, l'*intestin*, l'*estomac* et l'*œsophage* sont soigneusement ouverts. Nulle part nous n'avons pu trouver un point de départ, pas la moindre trace d'affection cancéreuse. Cependant, tous les ganglions du hile du foie, tous ceux qui se trouvent sur le trajet du pancréas et en arrière de lui, sont gros et rouges; leur volume varie entre celui d'une noix et d'un gros œuf de dinde. Plusieurs de ces ganglions présentent à la coupe une sorte de dégénérescence caséuse qui ne ressemble nullement à tous les noyaux durs dont est farci le foie.

Le foie, à la coupe, présente en effet une quantité considérable de grosses masses blanchâtres, dures, comme squir-

rhéuses, et quelques autres masses jaunes, également dures ; la substance hépatique a à peu près disparu, sauf sur le bord postérieur.

Donc, malgré cette infiltration cancéreuse du foie, nous croyons pouvoir affirmer que la lésion est bien primitive, d'autant que les voies biliaires elles-mêmes paraissent avoir échappé à la dégénérescence.

**18. Ulcère perforant du duodénum ; par L. CAPITAN, externe des hôpitaux.**

Br..., 39 ans, facteur, est entré dans le service de M. le professeur SÉE, à l'Hôtel-Dieu, le 27 février 1878. Il présentait un état général excessivement grave, extrémités refroidies, face grippée, perte de connaissance presque complète.

Comme il avait une soif vive, on lui donna, dans le courant de la journée, une assez grande quantité de tisane au rhum. A la visite du soir, on le trouve toujours dans le même état, et comme antécédents on peut seulement apprendre de lui, et non sans peine, qu'il présentait depuis un certain temps quelques troubles dyspeptiques.

L'examen du thorax ne révèle aucune lésion ; quant à l'abdomen, il est assez volumineux, sans pourtant que la distension des parois soit excessive ; elle est surtout manifeste au niveau de la région épigastrique ; l'estomac semble assez volumineux, et les fausses côtes sont soulevées. La palpation ne cause de douleur en aucun point. A la percussion, on constate une sonorité exagérée sur tout l'abdomen, sauf au niveau de la région hypogastrique, où une matité complète indique la présence d'une collection liquide. On songe alors à une rétention d'urine avec distension de la vessie, et on essaye de sonder le malade. Mais l'urèthre étant fort étroit et présentant une fausse route produite par une tentative de cathétérisme faite en ville, il est impossible de passer.

Une ponction avec un trocart capillaire est alors pratiquée au-dessus de la symphyse pubienne, et avec l'aspirateur on retire une assez grande quantité d'un liquide brunâtre et transparent, présentant de la façon la plus nette l'odeur du rhum. En présence de ce fait, on suppose qu'il existe un étranglement interne obstruant complètement l'intestin, et que le liquide retiré de l'abdomen provient des anses intestinales distendues, situées au-dessus de l'étranglement.

Le malade se refroidit peu à peu, et quelques heures après il mourait tranquillement sans avoir vomi et sans qu'on ait pu trouver aucun symptôme de péritonite.

**AUTOPSIE.** — Intégrité des anses *intestinales* et de la *vessie*, absolument vide.

Le *péritoine* ne présente pas trace de dépôt inflammatoire, il est seulement le siège d'une vascularisation assez intense. Sa cavité renferme une assez grande quantité de liquide jaunâtre ; ce liquide provient certainement du tube digestif d'où il s'est échappé par une perforation ovale, longue de 1 c. 1/2 sur 1/2 cent. de largeur siégeant à la face antérieure du *duodenum* contre le pylore et absolument libre de toute adhérence. Une coupe de l'intestin et de l'estomac permet de constater que la perforation est unique, qu'elle siége dans le duodenum, tout contre le pylore, et qu'elle a succédé à un ulcère du duodenum allongé dans le même sens que l'axe de l'intestin, à bords un peu tuméfiés et taillés en entonnoir à base interne. Le reste de l'intestin est parfaitement sain, la muqueuse stomacale est un peu épaissie et vascularisée. Les autres organes sont congestionnés ; les plèvres présentent de nombreuses adhérences anciennes.

En résumé, deux choses sont à noter dans ce fait : la difficulté du diagnostic et la manière dont est mort le malade, sans péritonite, comme cela se présente assez souvent dans les perforations d'origine typhoïde.

*Séance du 15 mars.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**18. Mal de Pott lombaire.** — Abscès par congestion comprimant l'uretère gauche ; hydronéphrose. — Pleurésie. — Symphise cardiaque ; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.

L... (Joseph), âgé de 32 ans, cocher, est mort le 9 mars 1878, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 46 (service de M. POLAILLON). Cet homme, que nous n'avons connu qu'à une époque avancée de sa maladie, était soigné depuis longtemps dans le service, pour une affection suppurative des os, qu'on présumait siéger dans le bassin ou à la partie inférieure de la colonne vertébrale. — De fait, le malade présentait à la région

périnéale, plusieurs fistules qui fournissaient une suppuration abondante, et il a succombé aux progrès de la cachexie produite par ses lésions osseuses.

*AUTOPSIE le 10 mars.*—Nous trouvons un mal de Pott siégeant dans les premières vertèbres lombaires: de ces vertèbres, part un abcès par congestion, qui suit d'abord la gaine du psoas du côté gauche, passe au-dessous de l'uretère, pour fuser ensuite dans le petit bassin, et s'ouvrir enfin au périnée.

*L'uretère gauche est aplati, soulevé par la poche purulente et comprimé* entre cette poche et le péritoine pariétal; mais le conduit est perméable sur tout son trajet, depuis son embouchure dans la vessie, et ne présente aucune dilatation.

*Le rein gauche est transformé en une vaste poche d'hydronéphrose;* il est à peu près doublé de volume, bosselé, et chaque bosselure représente une poche fluctuante. Toutes les poches communiquent manifestement entre elles, car on fait refluer le liquide de l'une dans l'autre. Le bassin est globuleux, et forme une tumeur arrondie, molle, rénitente, à parois très-minces, qui remplit le hile du rein. Le rein étant coupé transversalement suivant son grand axe, on voit qu'il est représenté par une grande cavité kystique, à parois fibreuses, cloisonnées en cavités secondaires, dont chacune correspond à un calice, et qui toutes s'ouvrent dans le bassin très-dilaté. Le tissu rénal est presque entièrement détruit: il ne subsiste que des vestiges de la substance corticale, par places, entre les bosselures, dans les points épaissis qui séparent les loges, correspondant aux lobes du rein.

Le liquide contenu dans le rein est limpide, citrin; il ne contient pas d'albumine et renferme une faible quantité de carbonates. Le rein droit est de volume normal et ne présente aucune altération. Le *foie* est volumineux et a subi la dégénérescence graisseuse.

Il est très-adhérent au diaphragme et aux organes voisins et le péritoine qui l'entoure, présente des traces de périhépatite. Ces adhérences entre le péritoine et les viscères, résultant de péritonites partielles, existent aussi pour la rate et pour les organes du petit bassin, notamment entre la vessie et le rectum. La séreuse pleurale et le péricarde offrent, d'ailleurs, comme on va le voir, les mêmes vestiges d'inflammations anciennes que la séreuse péritonéale. Le *poumon* droit présente des adhérences pleurales généralisées, tellement solides, que le tissu pulmonaire se rompt, plutôt que de se décoller de la paroi thoracique. Le péricarde est intimement uni, d'une part à la plèvre et au centre phrénique du diaphragme, de l'autre au myocarde, surtout sur le bord droit et sur la face postérieure (*symphyse cardiaque incomplète*). Le

poumon droit est, de plus, très-congestionné dans toute sa hauteur. Cette congestion est en rapport avec l'état de l'autre poumon ; et, en effet, on trouve dans la cavité pleurale gauche un épanchement séreux abondant, qui comprime le poumon contre le médiastin et la colonne vertébrale.

M. BERGER pense que l'hydronéphrose est simplement concomitante à l'abcès par congestion et ne doit pas lui être attribuée, car chez des malades où les troubles de l'urination existent depuis longtemps et ont amené une dilatation des uretères, l'hydronéphrose n'existe presque jamais.

**30. Hémiplégie gauche. — Petit point de ramollissement de la protubérance; affaissement de la circonvolution frontale ascendante droite ;** par STACKLER, interne des hôpitaux.

Marté.... 65 ans, a joui jusqu'à ce jour d'une parfaite santé. Il entre, le 9 avril 1878, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, lit n° 26, pour une broncho-pneumonie. Le 1<sup>er</sup> mars, son état est sensiblement amélioré ; le malade se lève, marche ; quand le 9 mars, à la visite du matin, nous le trouvons dans le coma, avec phénomènes d'hémiplégie gauche (face tournée à gauche, membre supérieur gauche complètement paralysé). Mort le 10 mars.

AUTOPSIE. — L'explication de cette mort et des phénomènes qui l'ont immédiatement précédée, nous est donné par un point de ramollissement de la protubérance. Lorsqu'on examine la surface du cerveau, on est frappé des irrégularités qu'elle présente. Il en est une qui attire spécialement l'attention. Elle occupe l'hémisphère droit, et consiste dans un affaissement de la circonvolution frontale ascendante. Cet affaissement a environ 4 centimètres de longueur : il est limité en haut par le premier pli de flexion, en bas par le pli anastomotique de la deuxième frontale.

C'est à son extrémité inférieure qu'il mesure sa plus grande profondeur ; elle est, à ce niveau, de un centimètre et demi. Les diverses coupes faites sur cet hémisphère soigneusement examinées n'ont révélé aucune lésion.

RÉFLEXIONS. — On pourrait considérer dans certains cas des affaissements de ce genre comme de véritables lésions, rapportant la diminution de volume des circonvolutions, lorsqu'elles siègent dans la région motrice, à l'absence des membres correspondants, amputés pendant la jeunesse. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de présenter à la Société un cas dans lequel l'amaigrissement de la circonvolution a porté sur la

zone motrice, sans avoir pour cause l'inertie ou l'absence du membre correspondant.

**21. Rapport sur la candidature de M. Tapret au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par M. DREYFUS-BRISAC.**

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Tapret à Société anatomique, il en est plusieurs qui méritent une mention toute spéciale en raison de leur grand intérêt au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Bornons-nous à citer ici un fait de pyléphlébite suppurée avec accidents perniciox, un cas d'embolie pulmonaire dans le cours de la fièvre typhoïde, enfin plusieurs exemples intéressants de tumeurs cérébrales.

Nous ne nous arrêterons qu'à une observation de tuberculose pulmonaire aiguë chez un nouveau-né. Il s'agit d'une enfant qui naquit dans le service de M. Millard, à Beaujon, le 20 décembre 1876; pendant les trente premiers jours, malgré l'abondance de lait de la mère, femme bien portante et de constitution robuste, l'enfant était restée chétive, malingre et présente une ophthalmie purulente assez rebelle. Bien que les fonctions digestives ne parussent subir aucune altération, la face était pâle, les muqueuses décolorées, les chairs flasques: le poids de l'enfant n'augmentait que de 12 à 18 gr. par jour. C'est au 34<sup>e</sup> jour seulement que se manifesta le premier symptôme d'une affection thoracique, la toux qui revêtit immédiatement le caractère coqueluchoïde, à rythme expiratoire, mais sans véritable reprise: en même temps l'appétit se perdait et la dyspnée alla en s'accroissant de jour en jour. Comme phénomènes locaux on nota les faits suivants: submatité dans la fosse sus-épineuse droite. Respiration rude et soufflante dans toute l'étendue des poumons avec râles sous-crépitants et quelques râles sonores disséminés.

Les jours suivants, sans qu'il fût survenu de modification dans les symptômes thoraciques, les troubles digestifs se prononcèrent, l'enfant tomba dans le marasme et succomba le 9 mars, 82<sup>e</sup> jour depuis la naissance, 49 jours depuis le début des accidents pulmonaires.

L'autopsie vint justifier le diagnostic: broncho-pneumonie d'origine diathésique. Les deux poumons étaient farcis de tubercules, les uns gris, les autres déjà jaunâtres. Au sommet droit existait un noyau caséeux du volume d'un œuf de pigeon: en outre, on constata une congestion intense généralisée, surtout accentuée aux deux bases.

Les ganglions bronchiques étaient hypertrophiés, caséeux.

Dans tous les autres organes on ne put pas trouver trace de lésions tuberculeuses.

En résumé, il s'agissait dans ce cas d'une phthisie aiguë, limitée aux poumons et aux ganglions bronchiques, avec noyau de broncho-pneumonie caséeux au sommet droit, le tout paraissant avoir évolué dans l'espace de sept semaines, chez une enfant âgée d'un mois.

Les faits de ce genre sont d'une grande rareté. D'une part, les bulletins de la Société anatomique ne renferment pas d'observations analogues. D'autre part, les statistiques des auteurs sont toutes concordantes à ce point de vue. Rilliet et Barthez disent, en effet, que chez les nouveau-nés et dans le cours de la première année la diathèse tuberculeuse est beaucoup plus rare qu'à toute autre époque de l'enfance. Telle est aussi l'opinion de Papavoine et de Valleix. M. Hervieux n'est pas moins affirmatif. Si l'on excepte, dit-il, les cas fort rares où les enfants naissent tuberculeux, on peut dire que la phthisie ne se développe guère avant l'âge de quatre mois. Sur 293 enfants dont ce médecin a fait l'autopsie pendant son séjour à l'hospice des Enfants assistés, il n'a rencontré que deux cas de tuberculose chez des enfants âgés de moins de 4 mois. Ces chiffres acquièrent une signification toute spéciale, quand on songe au milieu dans lequel ils ont été recueillis, cet hôpital où tant de conditions déplorables se réunissent pour favoriser l'éclosion de cette diathèse, « aboutissant commun de toutes les détériorations organiques. »

Du reste, dans l'observation de M. Tapret, le problème étiologique reste obscur. Il ne peut être question d'influence tuberculeuse héréditaire, puisque les parents étaient bien portants et de robuste constitution. Mais il importe de relever ce fait que le père avait eu, quelques années avant la naissance de l'enfant, des taches sur le corps et un mal de gorge assez rebelle. Aussi, bien qu'on n'ait trouvé sur le corps du nouveau-né aucune éruption, ni constaté aucun phénomène qui pût être rapporté à la vérole, n'est-il pas possible d'éliminer l'hypothèse d'une syphilis héréditaire. On sait d'ailleurs que beaucoup d'auteurs, et en particulier M. Bouchut, se montrent disposés à voir, dans la phthisie granuleuse des nouveau-nés une manifestation de cette diathèse.

De quelle époque enfin datait la tuberculose ? Fut-elle congénitale ou, au contraire, ne commença-t-elle à évoluer qu'après le premier mois, époque où les premiers symptômes thoraciques se manifestèrent ? Rien n'est plus rare que la tuberculose à la naissance ; cependant, on connaît quelques faits de phthisie chez des fœtus. (Voir observ. de Charrin ; *Lyon médical*, n° 14, 1873.) Cette hypothèse paraît être assez



vraisemblable, en raison surtout de l'état cachectique où se trouva, dès sa naissance, cet enfant, bien que les fonctions digestives s'effectuassent régulièrement et que l'allaitement se fit dans d'excellentes conditions. Nous n'avons pas à insister ici sur les symptômes que présenta la maladie. Ce furent ceux de la broncho-pneumonie lobulaire, avec ce caractère toutefois que l'on ne constata pas ces alternatives d'amélioration et d'aggravation que l'on observe d'ordinaire chez les nouveau-nés dans le cours de cette affection, alors qu'elle évolue en dehors de toute influence diathésique. C'est cette allure toute spéciale de la maladie qui fit soupçonner, et à juste titre, l'origine tuberculeuse des altérations thoraciques.

Cette observation présente, on le voit, un grand intérêt, au point de vue de l'étiologie et de la marche de la tuberculose chez le nouveau-né.

**22. Rapport sur la candidature de M. Hippolyte Martin, au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par M. BALZER.**

M. Martin a présenté à la Société anatomique un certain nombre de pièces intéressantes parmi lesquelles nous signalons un cas de cirrhose vulgaire ou annulaire, dans lequel les analyses des urines ont montré une diminution très-considérable de l'urée, conformément aux recherches, récentes à cette époque, du docteur Brouardel ; nous signalerons encore un cas de localisation cérébrale, rapporté dans le mémoire de MM. Charcot et Pitres ; un cas très-remarquable de cœur à trois cavités seulement, avec rétrécissement de l'artère pulmonaire et pneumonie caséuse, etc., etc. Nous allons fixer un instant notre attention sur une observation de cirrhose hypertrophique, présentée par le candidat et à laquelle les travaux récents sur ce sujet donnent un intérêt tout spécial.

Un enfant de 10 ans, entre au mois de décembre dernier à l'hôpital des Enfants, service de M. le docteur Labrie.

**AUTOPSIE.** — La plupart des organes étaient sains ; la rate avait son volume normal ; mais le foie doit attirer tout spécialement notre attention : son volume était énorme, sa couleur vert olive foncé et même vert-noirâtre par points, sa surface mamelonnée, couverte de petites saillies égales entre elles, ayant à peu près le volume de grains de blés aplatis sur leur face externe, rappelant, en un mot, les saillies de la cirrhose annulaire ou vulgaire. L'organe offrait une résistance très-considérable à la pression, du moins dans les points où il présentait une certaine épaisseur ; il était, en effet, largement creusé dans son intérieur par trois poches hydatiques, occu-

pant, l'une la face convexe sous diaphragmatique et tout à fait superficielle, l'autre le centre du lobe droit, et la troisième prédominant à la face inférieure de ce même lobe. Cette dernière comprimait et obstruait à peu près entièrement les canaux excréteurs de la bile, de sorte que la vésicule biliaire, considérablement atrophiée, était réduite à l'état de cordon creux du volume d'une plume d'oie, à paroi blanchâtre, d'aspect nacré, et renfermant simplement dans son intérieur quelques gouttes de mucus incolore.

Tel est le résumé de l'observation clinique et de l'examen microscopique; mais l'étude microscopique du foie, va nous permettre quelques déductions intéressantes sur l'histogénèse des cirrhoses hypertrophiques spontanées ou primitives d'une part, et secondaires de l'autre.

Rappelons d'abord, en quelques mots, ce que l'on aperçoit sur des coupes étudiées à un très-faible grossissement; les espaces interlobulaires sont occupés par des bandes ayant plus ou moins la forme de triangles curvilignes et que le carmin a vivement colorées en rouge; dans l'intervalle de ces bandes, les lobules ont conservé, pour la plupart, leur aspect rayonné, sauf, cependant, en certains points où le contour irrégulier de leur circonférence bordée de rouge, semble dénoter un début de sclérose intra-lobulaire, marchant de la périphérie vers le centre. Les bandes de sclérose sont loin d'être toutes isolées les unes des autres et confinées séparément dans les espaces périlobulaires; elles se rejoignent, au contraire, en grand nombre, formant ainsi de larges et longues traînées rouges, irrégulières, quelquefois partiellement circulaires et englobant de la sorte un certain nombre de lobules entre lesquels le début de sclérose dans les espaces de Kierman, était évidemment un commencement de dissociation lobulaire plus fine. A un plus fort grossissement, on voit que les bandes de sclérose sont tantôt formées de tissu en grande partie fibrillaire, ne renfermant qu'un nombre restreint de cellules embryonnaires, ailleurs, au contraire, dans les points où la sclérose en est encore à son début, le nombre de ces cellules jeunes est beaucoup plus considérable. Les canaux biliaires sont coupés selon un diamètre d'obliquité variable, et montrent à leur intérieur des cellules sur lesquelles le carmin a agi différemment suivant les points que l'on considère; sur certains canaux, ces cellules sont bien colorées et paraissent tout à fait saines; sur d'autres, au contraire, elles sont pâles, mal colorées, fortement granuleuses.

Sur les coupes de M. Martin, examinées de suite après leur préparation, les canaux biliaires étaient peu visibles et nous avons écrit dans notre observation du mois de décembre

qu'ils nous paraissent tous normaux ; actuellement, au contraire, ils présentent des altérations incontestables mieux révélées par une transparence plus parfaite ; les plus volumineux, tout d'abord, présentent une augmentation de diamètre ; sur ceux-là, la couronne de cellules internes est bien visible, bien colorée par le carmin ; mais ces cellules paraissent d'autant plus altérées, qu'on les considère sur des canaux plus petits, et les plus fins paraissent ne plus contenir qu'un débris granuleux mal coloré, sillonnant çà et là les tractus rouges de tissu conjonctif. Il nous serait difficile de dire s'il y a en outre une réformation réelle de canaux biliaires. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés, la veine intralobulaire est souvent nuisible par suite de la compression périphérique du lobule, mais elle n'est nulle part le centre d'une prolifération conjonctive. A ce grossissement, les bords des bandes de sclérose paraissent festonnés et en plusieurs points commençaient à dissocier la périphérie des lobules, quoique cet envahissement soit partout encore très-limité.

Disons enfin que les cellules hépatiques sont saines ou simplement un peu granuleuses partout où elles ne sont pas mécaniquement atrophiées par suite de la pression périphérique exercée par le tissu de nouvelle formation.

Telles sont les lésions qui ont été trouvées dans le cas que nous étudions ici ; elles ressemblent on le voit beaucoup à celles de la cirrhose hypertrophique spontanée et confirment cette remarque déjà faite par les auteurs qui se sont occupés de la question, et principalement MM. Charcot et Gombaut. — Malgré ces incontestables analogies, on peut trouver cependant quelques différences, de simples nuances si l'on veut, mais elles n'en sont pas moins intéressantes à constater. Si nous nous reportons en effet aux cirrhoses expérimentales qui ont été provoquées récemment chez les animaux, par MM. Charcot et Gombaut, d'une part, et M. Chambard, d'autre part, nous verrons que, quoique les résultats obtenus soient les mêmes, quant aux faits essentiels, ils diffèrent cependant par quelques particularités, fort intéressantes à signaler. — Dans le mémoire de MM. Charcot et Gombaut, les analogies entre la cirrhose des cochons d'Inde opérés et certains cas de cirrhose secondaire de l'homme, sont à peu près complètes. Chez ces animaux, en effet, et dans les espaces porte d'abord, les canaux biliaires étaient dilatés, et d'autant plus nombreux, que ces espaces étaient plus considérables ; ils étaient en outre plongés dans un tissu qui, d'abord embryonnaire, tend à devenir peu à peu fibrillaire. Les lobules, dans les cas légers, n'avaient pas subi de modifications ; dans les cas plus avancés, ils sont dissociés,

mais il n'y a pas « à proprement parler, de cirrhose intra-lobulaire, en ce sens, que sur un même point, les néoformations conjonctives et biliaires marchent, presque tous jours d'un pas égal, avec la destruction des cellules hépatiques, et que, dans les parties encore intactes du lobule, il n'y a pas plus de tissu conjonctif qu'à l'état normal. » Enfin, les cellules étaient en grande partie saines; par points seulement, elles avaient subi la dégénérescence vitreuse, principalement à la périphérie des lobules, au centre des amas de leucocytes. — M. Chambard est arrivé à des résultats à peu près identiques; il insiste cependant sur quelques particularités remarquables, qui sont énoncées dans les deux premières conclusions suivantes de son mémoire : « 1° La ligature du canal cholédoque chez le cobaye peut être suivie, dans certaines circonstances, encore indéterminées, de lésions profondes des cellules hépatiques venant se surajouter aux altérations déjà décrites du tissu conjonctif et des canaux biliaires; 2° Dans ces cas, les animaux au lieu de survivre jusqu'à 15, 20 et même 25 jours à l'opération qu'ils ont subie, meurent beaucoup plus vite, et les lésions parenchymateuses que l'on constate dans leur foie, expliquent par leur étendue, leur degré et l'importance des éléments sur lesquels ils portent, une mort aussi rapide. » — Or, il est un fait important à signaler, c'est que les cobayes opérés par MM. Charcot et Gombaut, ont vécu de 5 à 23 jours, ceux, au contraire, de M. Chambard sont morts du 3<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour. De sorte qu'il semble résulter de ces deux séries de faits expérimentaux, que l'on pourrait peut-être exprimer différemment les deux premières conclusions du mémoire de M. Chambard, et dire que les animaux opérés meurent d'autant plus vite que les cellules hépatiques ont été plus *rapidement*, plus profondément atteintes, alors que les lésions de sclérose n'étaient encore qu'à leur période de début. Mais dans ces cas, alors, il existe une différence assez notable entre les lésions expérimentales et celles que l'on constate à l'autopsie d'individus atteints de cirrhose hypertrophique spontanée. Il serait donc bien intéressant de constater si, dans les cas de cirrhose biliaire secondaire chez l'homme, qui est l'analogue de la cirrhose expérimentale, ou par ligature chez les animaux, on pourrait retrouver ces deux ordres de lésions, suivant la rapidité d'évolution de la maladie, c'est-à-dire, d'une part, l'altération primitive et rapide des cellules, alors que les néoformations conjonctive et biliaire ne sont encore qu'à leur début, et d'autre part, dans les cas plus anciens, prédominance excessive de la production conjonctive avec altérations variables des canaux biliaires, mais conservation relative de

l'état normal des cellules non atteintes par le tissu nouveau.

Il n'a été publié qu'un très-petit nombre de cas de cirrhose biliaire par rétention, avec examen microscopique du foie. Un de ceux dans lesquels l'obstruction des canaux biliaires paraissait la plus récente a été observé par M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, sur une vieille femme de 80 ans : elle avait la jaunisse depuis six semaines à son entrée à l'infirmerie. Quelques jours après on trouva à l'autopsie un calcul, gros comme une petite olive, arrêté dans l'ampoule de Vater. Au microscope, les espaces-porte étaient occupés, tantôt par un tissu fibreux adulte, plus souvent par un tissu embryonnaire, sillonné par des canaux biliaires plus ou moins dilatés ; il y avait çà et là de vrais abcès miliars. Quant aux cellules, elles étaient en grand nombre ratatinées, anguleuses. M. Balzer a présenté à la Société anatomique, en mars 1877, un cas analogue, et dans lequel la compression était exercée par un kyste hydatique qui fut ponctionné trois jours avant la mort. Dans ce cas-ci, la jaunisse remontait à trois mois, et à l'examen microscopique du foie, M. Balzer a trouvé, dans les espaces-porte, peu de tissu fibrillaire, mais une prolifération embryonnaire telle, qu'elle va jusqu'à la formation de petits foyers purulents. Les cellules étaient pour la plupart aplaties, mais normales ; toutefois, un certain nombre étaient en pleine dégénérescence vitreuse. On le voit, dans ces cas, où la compression est de date récente, cette altération particulière des cellules, qui est rare ou inconnue dans la cirrhose biliaire spontanée, se retrouve ici tout comme dans la cirrhose expérimentale. Voici, au contraire, une observation du docteur Hayem, dans laquelle la compression due à un cancer de la tête du pancréas devait dater à peu près de la même époque que dans notre observation, où la jaunisse remontait à dix mois. Or, dans cette observation et dans la nôtre, les lésions sont absolument identiques. M. le docteur Hayem a trouvé les espaces périlobulaires élargis ; dans ces espaces se trouve un tissu conjonctif adulte, les leucocytes y sont rares ; les lobules sont irrégulièrement atteints par le tissu scléreux ; enfin, les cellules ne paraissent pas notablement altérées ; un certain nombre cependant, principalement au centre des lobules, renferment des granulations pigmentaires.

Comme exemple de cirrhose biliaire par compression très-ancienne, nous ne citerons qu'un cas emprunté à la littérature anglaise par MM. Charcot et Gombaut dans leur premier mémoire de 1876.

Dans cette observation de Teale, la jaunisse remontait à deux ans ; une glande lymphatique, hypertrophiée, empêchait à peu près entièrement l'écoulement de la bile dans

l'intestin. Au microscope chaque lobe, à peu près sain du reste dans toutes ses parties constituantes, était entouré d'un cercle de tissu fibrineux. Ces observations semblent donc confirmer cette idée, que la cirrhose biliaire secondaire ou par compression, s'éloigne d'autant plus de la cirrhose expérimentale, se rapprochant au contraire de la cirrhose biliaire spontanée, que la survie du malade a été plus longue. Toutefois il ne faudrait pas y attacher une trop grande importance alors surtout qu'il reste encore tant à faire pour expliquer les lésions hépatiques trouvées en pareilles circonstances. On ne peut du reste comparer entièrement la survie des animaux opérés, survie qui se compte par jours, à celles des malades chez qui elle se chiffre par semaines et par mois; il est vrai que chez ces derniers, l'oblitération des voies biliaires n'est jamais, dans ces cas, brusquement complète.

Nous avons voulu simplement attirer l'attention sur ces altérations vitreuses, spéciales et probablement primitives des cellules que l'on trouve dans les cirrhoses secondaires à début récent, tout comme dans les cirrhoses expérimentales; tandis que dans la cirrhose spontanée, les cellules subissent au contraire et à la longue, la dégénérescence granuleuse et graisseuse.

Ce rapprochement nous a paru intéressant, et de nouvelles recherches, entreprises chez les animaux, pourront peut-être donner la clef du phénomène.

---

*Séance du 22 mars 1878.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**23. Rapport sur la candidature de M. Déjérine au titre de membre adjoint; par M. LANDOUZY.**

Parmi les présentations faites par M. Déjérine à la Société anatomique, il en est une principalement, sur laquelle je crois devoir attirer l'attention. Il s'agit de l'examen des centres nerveux dans 2 cas de paralysie infantile, observés l'un chez l'enfant, l'autre chez l'adulte, et dont les préparations

ont été mises, récemment, sous les yeux des membres de la Société; bien que ces deux observations rentrent dans le cadre classique de la paralysie infantile, elles présentent cependant certaines particularités sur lesquelles nous croyons devoir insister ici. Depuis l'époque (1865) où MM. Prévost et Vulpian montrèrent que la paralysie infantile relève d'une altération des cellules de la substance grise de la moelle épinière, et plus particulièrement du groupe antéro-externe de cette substance, un certain nombre d'observations ont été publiées, et l'examen microscopique a vérifié l'exactitude du fait énoncé par les auteurs précédents (Blake et Johnson, Charcot et Joffroy, Roger et Damaschino, Parrot et Joffroy, Déjérine etc.) Il est aujourd'hui absolument démontré que la lésion de la paralysie infantile est une myélite aiguë des cornes antérieures, et l'on ne discute guère maintenant, si ce n'est sur la nature du processus qui se passe dans la moelle, l'inflammation est-elle parenchymateuse uniquement (Charcot) ou à la fois parenchymateuse et interstitielle (Damaschino et Roger). Les deux cas observés par M. Déjérine sont en tous points conformes à la théorie de M. Charcot. Dans ces deux cas, la lésion a été uniquement parenchymateuse, les cordons blancs étaient absolument intacts et dans l'un des examens, la lésion était relativement peu ancienne. En effet, il s'agissait d'un enfant de 5 ans, mort de diphtérie deux ans après avoir été atteint de paralysie infantile, et il est évident que si les cordons latéraux avaient été atteints en même temps que la substance grise, le microscope aurait montré une altération dans leur texture; or ils étaient absolument normaux; on ne peut, en effet, admettre un instant, que l'altération, après avoir atteint les cordons blancs, disparaisse assez complètement pour n'en pas laisser de traces à un examen ultérieur, surtout dans un espace de temps si court. Nous croyons, à cet égard, devoir faire deux distinctions bien nettes dans la paralysie infantile, suivant que les cordons latéraux sont intacts ou altérés. Dans le premier cas, qui est de beaucoup le plus fréquent, qui est la véritable paralysie infantile, à notre avis du moins, l'altération porte uniquement sur les cellules de la substance grise des cornes antérieures; ces éléments sont atteints primitivement, il se passe là, à l'état aigu ou suraigu, ce que l'on voit d'une façon lente, chronique, dans l'atrophie musculaire progressive; c'est une myélite antérieure aiguë, déterminant dans les racines antérieures, auxquelles les cellules altérées correspondent, une atrophie inflammatoire (fragmentation de la myéline, disparition du protoplasma et multiplication des noyaux de la gaine de Schwann) et consécutivement une atrophie rapide de certains groupes musculaires (plus ou moins nombreux sui-

vant le degré et l'étendue de l'altération médullaire), car l'anatomie pathologique et l'expérimentation démontrent de la façon la plus nette que l'intégrité anatomique et physiologique des masses musculaires, est sous la dépendance des centres trophiques des nerfs moteurs de ces muscles, soit que ces centres siègent dans les cornes antérieures de la substance grise, comme c'est le cas pour les muscles des membres, soit qu'ils siègent dans le bulbe, comme c'est le cas pour les muscles de la face et de la langue.

Dans la deuxième catégorie de cas que nous étudions, à la lésion parenchymateuse cellulaire de la substance grise se trouve adjointe une altération plus ou moins étendue des cordons blancs et spécialement du cordon latéral, du côté correspondant. Evidemment ces deux lésions ont débuté ensemble et marché parallèlement aboutissant à la destruction du tissu nerveux, à la sclérose. Dans ces cas, la myélite est à la fois interstitielle et parenchymateuse, la lésion, par suite de causes qui nous échappent, a dévié du type ordinaire de la paralysie infantile ; les observations de ce genre ne sont pas nombreuses, MM. Roger et Damaschino en ont relaté deux exemples sur lesquels ils se sont appuyés pour édifier leur théorie, récemment M. Déjérine a observé un cas semblable (*Arch. de Phy.*, 1875). Mais ces faits sont relativement peu fréquents et la paralysie infantile paraît actuellement pouvoir être localisée exclusivement dans la substance grise de la moelle, qui est atteinte primitivement dans ses éléments cellulaires. Les altérations des cordons blancs, lorsqu'elles existent, ne sont qu'accessoires, ou tout au moins peuvent jusqu'à nouvel ordre être considérées comme telles.

Du reste, comme le fait remarquer M. Charcot, la clinique aussi bien que l'anatomie pathologique, plaide en faveur d'une atrophie primitive des cellules nerveuses, par la brusque invasion de la maladie, le summum de paralysie atteint dès le début, la diminution considérable de la contractilité faradique et l'atrophie si rapide des masses musculaires.

Les lésions cellulaires observées dans les deux cas présentés par M. Déjérine, correspondaient tout à fait au type classique de la paralysie infantile, mais présentaient cependant certaines particularités sur lesquelles je crois devoir attirer votre attention. Rappelons brièvement le type clinique de ces deux malades. Tous deux avaient un pied-bot équin, datant chez le premier de 2 ans, chez le deuxième, de 35 ans. La dissection des masses musculaires montra les altérations que l'on rencontre habituellement dans ces cas et sur lesquelles je n'ai pas à insister de même pour les racines dont l'atrophie était très-apparente à l'œil nu, dans la région lombaire toute



entière et qui présentaient les altérations que l'on rencontre en pareil cas, c'est-à-dire dans chaque préparation microscopique un certain nombre de gaines de Schwann absolument vides à côté d'autres tubes nerveux absolument normaux.

L'altération médullaire était, comme nous l'avons dit, rigoureusement limitée à la partie antérieure de la substance grise, elle commençait au niveau de la partie inférieure de la région dorsale et s'étendait dans toute la hauteur de la région lombaire en ayant son maximum d'intensité à peu près au niveau de la moitié de cette région. A ce niveau, dans l'étendue d'un millimètre de hauteur environ, la lésion de la substance grise au lieu d'être bornée au côté de la moelle correspondant à l'atrophie occupait en outre la corne antérieure du côté sain; à ce niveau; c'est à peine si l'on trouvait dans l'aire des cornes antérieures une ou deux cellules véritablement saines.

Au-dessus et au-dessous de ce point, la lésion se concentrait pour ainsi dire du côté correspondant à l'atrophie et se bornait ensuite très-exactement à la corne antérieure du côté de l'atrophie. La localisation de l'atrophie se faisait d'une façon très-exacte, non-seulement dans la corne antérieure, mais dans un point spécial de cette corne, dans le groupe antéro-externe. Sur presque toutes les préparations, le groupe antéro-interne apparaissait normal, avec les cinq ou six cellules qui le composent ordinairement, le groupe antéro-externe ne présentait plus un seul élément cellulaire et était transformé en un tissu vaguement fibrillaire, parcouru par des vaisseaux à parois épaissies. La dissémination de l'altération cellulaire dans une très-petite hauteur de la moelle avant de se localiser au groupe antéro-externe, est un fait que nous croyons intéressant de signaler, il montre le passage de la lésion unilatérale à la lésion bilatérale amenant des phénomènes cliniques également bilatéraux. Seulement, dans les deux cas que nous rapportons ici, la lésion bilatérale des cornes antérieures n'existant que dans une très-petite hauteur, il est possible et même probable qu'elle n'a pu retentir d'une façon appréciable dans les muscles du côté sain, toutefois nous ne voudrions pas être trop affirmatifs à cet égard, car comme l'a démontré M. Broca dans son travail sur le pied-bot, il arrive souvent que l'on trouve par une dissection minutieuse dans le membre opposé à celui où siège le pied-bot, quelques faisceaux musculaires atrophiés, ce que l'examen à première vue de ce membre regardé comme sain, n'aurait point fait soupçonner.

#### **24. Rapport sur la candidature de M. Brissaud; par P. RECLUS.**

Messieurs, dans une de nos dernières séances, M. Brissaud

vous a présenté une pièce intéressante sur laquelle je me propose d'appeler votre attention. Il s'agit d'une hydrocèle chronique avec fausses membranes et formations vasculaires, chez un vieillard affecté d'une double hernie inguinale. Cette pièce et l'observation qui l'accompagne ont une grande analogie avec les cas que M. Gosselin a déjà publiés depuis longtemps dans ses travaux relatifs à l'hématocèle spontané. Sur la tunique vaginale se développent de fausses membranes presque identiques à celles de la pachyméningite. Du tissu embryonnaire en couches plus ou moins serrées et plus ou moins abondantes, tapisse les deux feuillets de la séreuse, surtout le feuillet pariétal, et des vaisseaux de formation nouvelle, à parois délicates peuvent alors, par leur rupture, déterminer la production d'un épanchement sanguin. Les cas dont nous parlons ne sont point absolument semblables à celui que vous a présenté M. Brissaud; car dans celui-ci, il existait de véritables néo-membranes bien organisées, à tissu fibroïde, et dont les vaisseaux paraissaient déjà assez résistants. Mais comme la vaginale renfermait encore du liquide en assez grande abondance, comme les deux feuillets de cette membrane n'étaient pas soudés dans toute leur étendue, que par conséquent le testicule était gros, proéminent, et plus accessible aux violences extérieures, nous aurions pu assister au développement de cette sorte d'hématocèle déjà décrite par les auteurs sous le nom d'*hématocèle mixte*. A la suite d'un choc, même léger, les vaisseaux superficiels des brides, des travées ou des cloisons qui parcourent l'épanchement, se rompent; du sang se mêle à la sérosité, et l'hydrocèle qui la veille était transparente, devient complètement opaque. Si l'épanchement est considérable, des flocons albumineux, de véritables caillots se forment, la tumeur s'accroît et prend une consistance qu'elle n'avait pas jusqu'alors. Aussi, ces cas, tout en ne reproduisant pas l'hématocèle type, doivent-ils être considérés comme intermédiaires entre l'hydrocèle simple et l'hématocèle proprement dite.

La pièce de M. Brissaud permet en outre de comprendre la formation de ces hématocèles partielles et situées en dehors de la tunique vaginale. N'existait-il pas, en effet, un petit kyste en dehors de la séreuse, kyste tapissé par de petits vaisseaux autour desquels apparaissaient déjà quelques épanchements ecchymotiques. Ici encore, qu'une violence survienne, et le sang fera irruption dans la nouvelle cavité. Nous aurons ainsi une hématocèle, mais une hématocèle extra-vaginale.

J'aurais pu insister sur d'autres communications, d'une importance même plus grande, mais qui, pour nous en parti-

culler, sont de moindre intérêt. Nous nous contenterons de signaler un cas d'épithélioma de la voûte palatine consécutif à un psoriasis buccal, et une observation curieuse de doigt surnuméraire apparu chez un adulte. Nous pensons que ces titres suffiront pour faire admettre M. Brissaud au nombre des candidats à la place de membre adjoint de la Société.

**25. Anévrysme de l'aorte abdominale. Hypertrophie du cœur ;**  
par M. RUEFF, externe des hôpitaux.

Tannhauser J., âgé de 54 ans, chauffeur-mécanicien, entre le 25 février 1878, salle Saint-Christophe n° 3 (service de M. le professeur Sée.) Ce malade accuse depuis deux ans des palpitations qui surviennent spontanément ou à la suite d'un travail exagéré. Il y a six semaines, il eut pour la première fois un accès de dyspnée avec constriction de la base de la poitrine et irradiations douloureuses dans le bras droit. A son entrée, il est pâle, amaigri, dans un état de dyspnée continue. Les parois thoraciques paraissent soulevées en masse à chaque contraction ventriculaire; les battements du cœur sont perceptibles dans la région xyphoïdienne ainsi que dans une zone qui s'étend depuis le deuxième espace intercostal jusqu'au sixième. A la base du cœur et au second temps on perçoit un souffle qui se prolonge dans les vaisseaux du cou. Les pouls sont inégaux; le gauche est petit, faible, le droit est bondissant, assez ample. Le poumon droit présente de la matité et du souffle dans toute son étendue. Un double centre de battements à la partie antérieure du deuxième et troisième espace intercostal gauche fait penser à un anévrysme de la crosse.

Les accès d'angine de poitrine deviennent de plus en plus fréquents jusqu'à l'époque où le malade tombe dans le coma où il reste plongé pendant 3, 4 jours. Mort le 25 février.

**AUTOPSIE.** — Le sujet est amaigri, ne présente ni œdème ni teinte cachectique. La plèvre droite est divisée en plusieurs loges par des fausses membranes; le liquide est verdâtre, séropurulent. Le poumon est revenu sur lui-même; il est congestionné ainsi que le poumon gauche. Le cœur est volumineux; il pèse à l'état de vacuité 450 grammes. Sa longueur est de 15 centim. le contour de sa base mesure 22 cent. Les parois du ventricule gauche sont rouges, charnues, ont un cent. et demi d'épaisseur. L'aorte présente dans sa première portion quelques plaques athéromateuses dont plusieurs sont ramollies et désagrégées. L'aorte, dans sa portion abdominale, présente un renflement du volume d'une tête de fœtus. Ce renflement est adhérent à la colonne lombaire, est fluctuant dans sa partie antérieure, très-résistant sur les côtés. Les

parois sont constituées par les tuniques artérielles auxquelles se sont accolées quelques fibres du diaphragme ; des couches fibrineuses superposées occupent presque les deux tiers de la cavité. Les deux premières vertèbres lombaires présentent sur leur corps une excavation aux dépens de laquelle s'est développée la tumeur. On trouve dans l'épaisseur des parois, des petits vaisseaux d'un demi-centim. de diamètre environ et qui ont dû servir au rétablissement de la circulation.

Les autres organes sont sains ; le foie, un peu gras, a été repoussé par la tumeur et se trouve placé au devant d'elle.

RÉFLEXIONS. — Cet anévrysme se présentait dans des conditions telles que son diagnostic était presque impossible. Pas de trouble de la sensibilité et de la motilité dans les membres inférieurs ; les battements de la tumeur non perceptibles par suite de l'épaisseur des dépôts fibrineux, et du chevauchement du foie qui recouvrait l'anévrysme. Quant à sa localisation à la crosse, elle était justifiée par l'inégalité des deux poulx et les battements que l'on constatait dans le deuxième espace intercostal. Ceux-ci pourraient peut-être être attribués au soulèvement du liquide d'une des loges pleurales par les contractions ventriculaires.

M. MOUTARD-MARTIN. — J'ai eu l'occasion d'examiner ce malade avec soin : chez lui, on constatait un centre de battements au niveau de la clavicule droite, avec inégalité des pupilles et des deux poulx. Ces signes classiques avaient fait supposer que la tumeur anévrysmale siégeait au niveau de la crosse de l'aorte, et ce n'est pas sans étonnement que l'on a trouvé l'anévrysme à la région dorso-lombaire. On peut donc dire ici que l'erreur de diagnostic est justifiée par les symptômes observés pendant la vie. J'ajouterai qu'en ce qui concerne le traitement des anévrysmes par l'électro-puncture, il faut user de la plus grande réserve, car dans le cas actuel où le diagnostic du siège de la tumeur semblait si précis, on se serait exposé à de redoutables accidents en enfonçant les aiguilles au niveau du creux sous-claviculaire puisque l'anévrysme était situé bien loin de cette région.

M. CHARCOT. En Angleterre, où les anévrysmes sont beaucoup plus fréquents que chez nous, j'ai pu voir, notamment à l'hôpital de Manchester, un assez grand nombre de malades traités par l'électro-puncture, et il ne m'a pas semblé que les médecins fussent préoccupés, outre mesure, des inconvénients qu'on vient de nous signaler.

**26. Sarcôme cutané de la face dorsale du pied. — Lymphangite. — Embolie pulmonaire; par M. OVION.**

La malade âgée de 77 ans, couchée lit n° 8, salle Saint-Michel, à la Salpêtrière, service de M. PÉRIER; portait depuis très-long-temps, sans pouvoir préciser la date, une petite grosseur sur la face dorsale du pied gauche. Stationnaire pendant fort long-temps, cette grosseur avait pris un accroissement rapide depuis trois mois environ.

Il y a un mois la malade a consulté en ville un médecin qui lui fit sur sa tumeur l'application d'une pâte. Cette pâte détermine une escharre qui, en s'éliminant, donne lieu à une hémorrhagie assez abondante.

9 mars. L'escharre est tombée avant-hier. On observe sur la face dorsale du pied gauche au niveau de la partie moyenne du 2° métatarsien une tumeur de la grosseur d'un marron. Cette tumeur présente à son sommet une ulcération arrondie de 2 cent.  $\frac{1}{2}$  de diamètre dont la surface un peu inégale est finement grenue et dont la coloration est inégale. (La teinte générale est jaune rosé avec des points ecchymosiques de différentes dimensions et de différentes colorations). L'ulcération saigne au moindre contact. Autour de l'ulcération la peau est par endroit comme taillée à l'emporte pièce, et la masse de la tumeur semble pouvoir en être décollée facilement. Dans d'autres endroits l'ulcération descend en pente douce et la peau est taillée en biseau.

La masse de la tumeur est mobile sur le plan profond. Les mouvements des orteils ne se communiquent pas à elle. Autour de la tumeur la peau est un peu rouge et tendue. Diagnostic porté : *Sarcôme cutané à marche rapide.*

10 mars. Plaque de lymphangite réticulée sur le mollet gauche avec quelques traînées de lymphangite tronculaire. Langue blanche, nausées. T. A. 38°, 2.

Les jours suivants l'angioleucite suit sa marche ascendante, remontant jusqu'au genou. Pas d'engorgement ganglionnaire poplitée ou inguinal. On ne constate ni douleurs vives, ni œdème.

18 mars. Il s'est formé sur l'ulcération une croûte qui tombe avec le pansement. La plaie saigne abondamment. On fait une application de coton imbibé de perchlorure de fer et séché.

19 mars. Le pansement est laissé en place. Rien de nouveau. La lymphangite n'a pas dépassé le genou et décroît.

20 mars. 9 heures. Le coton au perchlorure forme une croûte au-dessus de l'ulcération. Il est laissé en place.

Pas de douleurs, ni d'œdème.

9 heures 1/4. Mort subite après deux ou trois fortes inspirations, pendant lesquelles la malade s'est assise sur lit.

AUTOPSIE. 24 heures après la mort.

*Cerveau et bulbe.* Rien. *Cœur.* Dans le ventricule droit se trouve un caillot allongé long de 20 cent. environ se continuant dans le tronc de l'artère pulmonaire et dans sa branche gauche de bifurcation. — Ce caillot présente des impressions valvulaires très-nettes et des ramifications provenant évidemment de veines collatérales.

Dans le poumon droit on trouve un caillot oblitérant en partie le calibre de la branche artérielle principale, ne se continuant pas au-delà de la première division de l'artère et adhérent en ce point à l'éperon formé par la bifurcation. Dans le poumon gauche se trouve la continuation du caillot qui occupe le tronc de l'artère pulmonaire et une partie du ventricule droit. Rien dans l'oreillette droite. Les veines caves sont remplies de sang fluide. Les veines du bassin sont libres de caillots.

Dans le membre inférieur gauche, la fémorale, la poplitée et la saphène interne sont complètement vides. Dans les veines profondes du mollet, on trouve des caillots analogues à ceux trouvés dans le ventricule droit et paraissant avoir le même âge.

Les organes abdominaux sont sains, sauf le foie dont le lobe gauche est un peu dur et rétracté.

REMARQUES. La mort a donc été le résultat du transport en masse et en une seule fois du long caillot qui obstruait l'artère pulmonaire. L'origine de ce caillot est vraisemblablement dans les veines du membre gauche. Mais pendant la vie on n'a observé aucun des phénomènes de la phlébite ou de la thrombose.

Le coton imbibé de perchlorure de fer et séché a été plusieurs fois appliqué dans le service de M. Périer et sur des surfaces saignantes, notamment chez une malade actuellement encore dans le service après l'ablation d'un épithélioma de la main, et n'a donné lieu à aucun accident de coagulation veineuse.

27. M. JALAGUIER, présente une phlegmatia alba dolens observée chez un malade auquel on avait pratiqué la désarticulation de la cuisse gauche, à la suite d'une tumeur maligne. Il se demande si la thrombose est survenue à la suite de la désarticulation, ou si elle est consécutive à la récidive de la tumeur.

28. M. JALAGUIER présente encore un mal de Pott siégeant

au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, observé chez un malade âgé de 17 ans; l'abcès vertébral s'est ouvert au niveau de la région lombaire, le pus a fusé le long du rachis, décollant le psoas, puis gagnant la cuisse pour venir s'ouvrir audessous du petit trochanter. De plus un autre abcès s'est ouvert sur la partie latérale gauche du cou. — La moelle épinière ne présentait pas de lésion. — (Aucune de ces observations n'a été remise).

**29. Tumeur de la portion thoracique de l'œsophage;**  
par SCHWARTZ, prosecteur des hôpitaux.

Immédiatement en arrière de la bronche gauche, on trouve une tumeur grosse comme un petit marron, située entre la tunique muqueuse et la musculuse, facilement énucléable et semblant adhérer à la muqueuse. Cette pièce a été recueillie sur un sujet tuberculeux âgé de 45 ans; pas d'antécédents connus. L'examen microscopique, pratiqué par Balzer, a montré que la tumeur était un fibrôme sous-muqueux.

M. BERGER. Les fibro-myômes de l'œsophage bien décrits par Follin, sont presque toujours diffus, celui qu'on nous présente échappe à cette règle; il est nettement circonscrit.

**30. Cancer primitif de la colonne vertébrale. — Paraplégie douloureuse;** par VERMEIL, interne des hôpitaux.

*Antécédents.* Le malade, tailleur, âgé de 50 ans, ne connaît parmi ses parents ni tuberculeux, ni cancéreux. Lui-même, jusqu'à la fin de 1876, a toujours joui d'une bonne santé. Il n'est ni strumeux, ni syphilitique, ni alcoolique.

*Début.* Vers la fin de 1876, Berthe a commencé à ressentir vers l'angle de la dixième côte gauche une douleur vive, continue, lancinante, exaspérée par la pression la plus légère, telle que le frottement des vêtements. En même temps, il commençait à maigrir et à s'affaiblir.

Au mois de septembre, cette douleur étant devenue insupportable et l'hypéresthésie cutanée s'étant étendue en ceinture à toute la zone correspondant aux dixième et onzième côtes gauches, le malade entra à la Pitié dans le service de M. Labbé qui, ne constatant aucune lésion costale ni vertébrale, le fit passer dans le service de M. Gombaut, où il est resté jusqu'à sa mort.

Vers le mois d'octobre, il commença à s'apercevoir que son membre inférieur gauche était notablement plus faible que le droit, et à ressentir dans ce membre une douleur sourde,

lancinante, rendant la marche très-pénible. Quelques jours après, une douleur de la même nature, non continue, non exagérée par la pression, apparut le long de la colonne vertébrale jusque vers la région cervicale. Enfin en dernier lieu, vers le mois de décembre, se montrèrent des douleurs dans le bras gauche, accompagnées parfois d'une sensation de frémissements que Berthe ressentait aussi dans le membre inférieur. D'après des renseignements fournis par Letulle, alors interne de service, il aurait eu vers la même époque une contracture passagère des muscles de la main gauche. Etat du malade le 8 janvier 1877. — *Etat général.* Cachectique. Le malade est très-maigre et très-faible. Il n'a pas d'appétit, mais les digestions se font régulièrement. L'exploration du thorax et de l'abdomen ne révèle rien d'anormal qu'un *léger souffle* au premier temps et à la base. Les radiales sont dures et scléroseuses. Pas d'albuminurie. — *Troubles de la motilité.* Le sujet est généralement affaibli, mais les deux membres du côté gauche, surtout le membre inférieur, sont notablement plus faibles que ceux du côté opposé. C'est une véritable *parésie*. La *marche* est lente, très-pénible à cause de la douleur, mais encore possible. Le malade traîne la jambe gauche, il sent bien le sol et tourne facilement sur lui-même les yeux fermés. Donc pas d'incoordination.

Les muscles sont flasques partout. Les *mouvements réflexes* ne sont pas exagérés. Pas d'extension violente de la jambe quand on frappe sur le tendon rotulien ; l'extension du pied ne provoque pas de trépidation. — *Troubles de la sensibilité.* Ce sont surtout des *douleurs* lancinantes continues avec exacerbations spontanées, mais *augmentées par la pression*. 1° La plus vive et la première en date est une douleur en ceinture, plus violente en arrière, correspondant à peu près aux 10° et 11° nerfs intercostaux gauches dans la même zone ; indépendamment de la douleur profonde et spontanée, on constate une vive *hyperesthésie cutanée*. 2° Douleur sur le trajet de la colonne vertébrale depuis le cou jusqu'au bas. 3° Douleur très-vive sur le trajet du sciatique gauche ; c'est celle-ci surtout que l'on exagère par la pression, principalement aux points de Valleix. Pas d'hyperesthésie cutanée à ce niveau. 4° Douleur au bras et à l'avant-bras gauches, beaucoup moins vive, sourde, exagérée par la pression mais sans qu'il soit possible de deviner le trajet d'aucun cordon nerveux. Outre ces douleurs profondes et l'hyperesthésie cutanée du côté gauche, le malade ressent parfois dans les membres atteints une sensation de *fourmillements*.

Nulla part on ne trouve d'anesthésie ; il n'y a ni retard ni



erreur sur la nature des sensations. Pas de troubles oculaires.

— *Troubles de nutrition.* Pas d'éruptions cutanées.

Les muscles des deux membres du côté gauche sont notablement atrophiés. La cuisse gauche, à la partie moyenne, a trois centimètres de moins que la droite. Différence des deux bras à quatre doigts au-dessus de l'épitrôchlée : 0,01 cent. Différence des deux avant-bras à quatre doigts au dessous de l'épitrôchlée : 0,025 millim. Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

*Traitement.* — Des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, l'iodure de potassium administré pendant trois mois n'ont donné aucun résultat. Morphine à l'intérieur et en injections.

1<sup>er</sup> février. — Le malade se cachectise rapidement. Il maigrit encore, prend une teinte terreuse presque jaune. Dyspnée au moindre mouvement, râles humides assez abondants aux deux bases ; œdème pulmonaire. Pas d'albuminurie.

20 février. — Douleurs intercostales beaucoup plus vives. Dyspnée, râles humides très-abondants. L'amaigrissement et la teinte jaune s'accusent de plus en plus. Expectoration abondante, spumeuse, très-fluide.

27 février. — La dyspnée et les douleurs ont encore augmenté. Râles humides très-abondants en avant ; il n'est plus possible de faire asseoir le malade pour l'ausculter en arrière. — 40 ventouses sèches. 28 février. — Mort.

AUTOPSIE. — *Thorax.* La cavité pleurale gauche est occupée par un vaste épanchement sanguinolent.

Le *poumon gauche*, refoulé par cet épanchement en haut et contre la colonne vertébrale, est atélectasié, aminci, réduit à son minimum de valeur.

Quelques adhérences au sommet. Pas de traces de productions carcinomateuses sur la plèvre, ni dans le parenchyme pulmonaire. — *A droite*, très-petite quantité de liquide louche ; quelques fausses membranes ; adhérences nombreuses.

Congestion et œdème du poumon, surtout vers la base ; les ganglions du hile sont volumineux et d'un noir foncé. — *Péricarde sain.* — *Cœur* volumineux. Point de lésions valvulaires. Les sigmoïdes paraissent suffisantes.

L'*aorte* est très-dilatée au niveau de la crosse. (Dilatation fusiforme.) Les parois sont épaissies, sans souplesse ; on y sent des noyaux de consistance calcaire. La surface externe est rouge, injectée. La surface interne est rugueuse et présente : 1<sup>o</sup> des taches rouges à surface lisse ; 2<sup>o</sup> des saillies rugueuses de consistance calcaire ; 3<sup>o</sup> des ulcérations peu profondes, de forme irrégulière, à bords durs taillés à pic.

On voit principalement ces ulcérations près de l'origine du tronc brachio-céphalique.

*Abdomen.* Pas de liquide dans le péritoine.

Rien d'anormal dans le mésentère, ni dans l'épiploon, non plus que dans le tube intestinal, la rate, les reins. — *Le foie* est volumineux, farci de noyaux carcinomateux, blanchâtres, durs, d'une consistance élastique, gros comme des noisettes, inégalement disséminés, ne comprimant pas les gros canaux biliaires. Cependant la vésicule biliaire est très-distendue. Pas de calculs. — *Cerveau sain.*

*Colonne vertébrale.* Pas de déviation rachidienne. En arrière, pas de déformation apparente ; en avant, sur le côté gauche des corps des 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> vertèbres dorsales, on voit une tumeur arrondie, à surface lisse, environ du volume d'un œuf, assez dure, de consistance élastique. Après la section des lames vertébrales, pratiquée à la manière classique pour l'ablation de la moelle, on voit que le néoplasme fait également saillie dans le canal médullaire, au niveau de ces mêmes vertèbres. Il forme là, à droite et à gauche, deux masses lisses, allongées, fusiformes qui transforment le canal en un espace prismatique triangulaire assez restreint, à sommet antérieur.

Celle de gauche, plus volumineuse, s'étend jusque sur les lames vertébrales et pénètre dans les trous de conjugaison, englobant les racines nerveuses. Ces saillies offrent, au niveau du corps vertébral, la même surface lisse et la même consistance élastique que la tumeur antérieure; elles sont plus irrégulières au niveau des masses latérales. La tumeur est résistante et crie sous le scalpel. La coupe, montre qu'elle est formée d'une substance blanche compacte, parsemée de noyaux calcaires ou ossiformes.

La *moelle*, comprimée au niveau du néoplasme, présente la forme prismatique du canal vertébral ; on n'y voit du reste, à l'œil nu, aucune altération; elle ne paraît ni ramollie, ni indurée. La pie-mère n'est pas anormalement injectée. La dure-mère, nullement épaissie, a son aspect normal et n'a contracté aucune adhérence avec le néoplasme, ni avec la pie-mère.

**RÉFLEXIONS.** — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre, et en premier lieu, parce qu'elle nous présente un exemple de cancer primitif de la colonne vertébrale. Nous n'avons trouvé en effet d'autres productions cancéreuses que dans le foie où elles se montraient sous la forme de petits noyaux disséminés, propre au carcinome secondaire de cet organe. Du reste, l'augmentation de volume du foie date des derniers jours de la vie; le malade ne s'était jamais plaint de la région hépatique et il avait accusé des douleurs dans le côté

et le membre inférieur gauches longtemps avant d'avoir éprouvé le moindre trouble digestif.

La succession des phénomènes chez notre malade, a bien suivi la marche indiquée par M. Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux. Des phénomènes extrinsèques (douleur intercostale, hyperesthésie cutanée) dus à la compression ou à l'irritation des racines nerveuses se sont montrés avant ceux que l'on pourrait attribuer à la compression de la moelle elle-même (parésie du membre inférieur, atrophie musculaire, fourmillements et douleurs sur le trajet de nerfs nés au-dessous et au-dessus du point occupé par le néoplasme). Nous ferons remarquer seulement que ces douleurs étaient exaspérées par la pression et par conséquent ne répondaient pas complètement au type des pseudo-névralgies décrites par M. Charcot dans la paraplégie douloureuse des cancéreux. Enfin, cette observation présente un cas curieux de localisation à une moitié du corps, de troubles nerveux d'origine médullaire.

### 31. Tumeur cérébrale; par M. VERMEIL, interne des hôpitaux.

Le nommé Letellier, Adolphe, âgé de 64 ans, employé, entré le 7 février 1878, salle Saint-Michel, lit n° 4, service de M. GOMBAULT. Rien de significatif dans les antécédents de famille ou personnels du malade. Pas d'alcoolisme. Bonne santé jusqu'en 1870. Depuis la guerre, à la suite des privations du siège, dyspepsie d'intensité et de formes variables, amaigrissement, affaiblissement. Jamais de vomissements incoercibles ni d'hématémèse. Diarrhée fréquente. Misère profonde depuis 6 mois. Amaigrissement plus rapide, sueurs nocturnes, grande faiblesse, anorexie, toux fréquente et pénible. Expectoration verdâtre. Jamais d'hémoptysie.

7 février. *Etat actuel.* — Le malade est très-pâle et d'une grande faiblesse. Pas d'appétit. Battement du ventre après les repas les plus légers. De temps en temps vomissements dans les accès de toux. La diarrhée a disparu depuis quelques jours. Sueurs nocturnes. Vertiges. Pas de troubles du mouvement ni de la sensibilité.

Toux fréquente, quinteuse, principalement le matin. Crachats muco-purulents nummulaires, nageant dans un liquide clair. Dyspnée au moindre mouvement. PERCUSSION. En arrière Matité très-accusée du sommet droit. Submatité à gauche. En avant, submatité un peu plus prononcée à droite. Sonorité normale aux deux bases. AUSCULTATION. Quelques râles humides disséminés aux deux bases. *En arrière, à droite*, dans la fosse sus-épineuse. Souffle caverneux. Pectoriloquie. Gargouillement.

Retentissement de la toux dans la fosse sous-épineuse. Souffle tubaire, craquements. *A gauche*, fosse sus-épineuse : râles sous-crépitaux à grosses bulles, surtout après la toux ; fosse sous-épineuse : respiration rude. *En avant, à droite*, souffle et gargouillements. *A gauche*, respiration rude. Râles sous-crépitaux. *Cœur*. Auscultation normale. Artères radiales dures et flexueuses. *Foie* normal. Pas d'albuminurie.

3 mars. L'état est resté à peu près le même jusqu'à maintenant ; l'appétit a seulement diminué de plus en plus. Le malade ne peut plus manger que des potages ; aussi, faiblesse extrême. Ce soir, après avoir mangé sa soupe, il se lève. A peine debout il est pris d'un vertige et tombe.

Recouché par ses voisins, il reprend immédiatement connaissance ; mais la respiration est suspicieuse et la parole reste embarrassée pendant quelques heures. Pas d'hémiplégie. Pas de troubles de la sensibilité. Somnolence pendant quelques heures. Nausées sans vomissements. Pas de céphalalgie.

Sinapismes. — Ventouses sèches.

4. — Ce matin à la visite, le malade est assis sur son lit, dans son état habituel. Il ne ressent rien de son indisposition de la veille. — A 10 heures, nouveau vertige. — Mort en 10 minutes.

**AUTOPSIE.** — *Poumons*. — Les deux sommets sont fortement adhérents et entourés d'une plèvre très-épaissie. *A droite*, adhérence jusqu'au niveau du lobe moyen. Vaste caverne au sommet droit ; le reste du lobe supérieur est criblé de cavernules et de granulations grises et jaunes, entourées de sclérose pulmonaire. Au sommet du lobe moyen, caverné grosse comme une noix ; infiltration de la moitié de ce lobe. Congestion et œdème du lobe inférieur. *A gauche*, les  $\frac{3}{4}$  du lobe supérieur sont criblés de cavernules et de granulations de toutes les périodes du ramollissement. Au-dessous, congestion. *Foie* un peu gras, volume normal. Rate normale. *Cœur*. — Surcharge graisseuse assez abondante. Péricarde pâle. — Rein un peu congestionné.

*Cerveau*, décortication facile. — Légère congestion veineuse de la pie-mère. Sur la limite de l'étage supérieur de la base du crâne, du côté droit, au-dessus de la fente sphénoïdale, en dedans du trou optique, on trouve une tumeur sphérique, du volume d'une petite noix, muriforme, d'un blanc grisâtre. adhérente à la face interne de la dure-mère qui se laisse du reste facilement détacher des os du crâne. La tumeur, qui est évidemment développée aux dépens de la dure-mère, n'a contracté aucune adhérence avec la masse encéphalique. Elle s'est creusée une petite loge dans la face inférieure du lobe frontal, immédiatement au-devant de la scissure de Sylvius,

au niveau du lobe olfactif droit qui était fortement comprimé. A ce niveau, la substance corticale, d'un gris rougeâtre, friable, est évidemment ramollie. La tumeur est dure, de consistance squirrheuse. Elle crie sous le scalpel. La coupe est blanche, uniforme : elle paraît peu vasculaire et formée de fibres disposées concentriquement. — Elle est fortement adhérente à la dure-mère avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation.

*Examen histologique.* — Examen de la pièce fraîche par M. Hermann (laboratoire du professeur Robin). La tumeur paraît être un *psammome*.

### 32. Récidive des tumeurs du testicule.

M. DESPRÉS. Dans la séance du 20 mars, M. Verneuil a fait, à la Société de chirurgie, une communication sur le pronostic des tumeurs du testicule ; d'après lui, ces lésions récidiveraient presque toujours dans l'année même ou le malade a été opéré. A mon avis, cette opinion est un peu trop exclusive ; j'ai pu suivre un certain nombre de malades pendant plusieurs années, et dans bon nombre de cas, la récidive ne s'est pas produite. Je rappellerai, entre autres, l'observation d'un malade, dont la tumeur testiculaire fut présentée ici en 1875. M. Malassez, qui l'avait examinée au microscope, y avait trouvé tous les caractères d'un sarcome alvéolaire, c'est-à-dire une tumeur bien voisine du cancer ; eh bien ce malade, 3 ans après l'opération, ne présentait aucune récidive de la tumeur.

M. MALASSEZ. Le mot cancer n'a plus aujourd'hui aucune signification exacte au point de vue histologique, il est de la plus haute importance de distinguer à quelle variété de cancer on a affaire, et si la tumeur a eu une marche rapide ou une marche lente. Parmi les tumeurs du testicule, le lymphadénome est classé parmi celles qui offrent le plus de malignité ; c'est ainsi qu'un malade, opéré par M. Trélat, eut, dans la même année, récidive et généralisation de la lésion ; la pièce fut présentée à la Société, je crois, par M. Letulle.

M. LETULLE a observé un autre cas de lymphadénome occupant le testicule gauche, avec induration de l'épididyme du côté droit. Trois semaines après l'opération, il y avait généralisation de la maladie et mort du malade.

---

*Séance du 29 mars 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**33. Arrêt de développement des membres supérieurs. — Ectrodactylie. — Altération des méninges localisée à la région des centres moteurs ;** par Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Lem..., Mathilde, 6 ans, entrée dans le service de M. BERGERON pour y être soignée d'une fièvre typhoïde, succomba dans le cours de la convalescence. Des accidents hémorragiques et une broncho-pneumonie amenèrent la terminaison fatale.

Déjà une chose avait attiré notre attention pendant la vie : c'est un arrêt de développement des deux membres supérieurs. L'humérus paraissait normal. *A gauche* cependant on voyait à sa partie inférieure et antérieure une saillie osseuse longue de près de 4 centimètres, soulevant les téguments, et que l'enfant appelait « son pouce. » Le coude de ce côté étant complètement enkylosé. Le bras et l'avant-bras très-raccourcis se continuent en ligne droite sans qu'il fût possible de leur imprimer aucun mouvement de flexion l'un sur l'autre. Le poignet, mobile sur l'avant-bras, est diminué de largeur ; et rétréci dans le sens transversal : il supporte deux métacarpiens et à leur suite deux doigts normaux qui paraissent être le médius et l'annulaire. — De plus à la partie externe un troisième doigt très-grêle est supporté par un métacarpien effilé à son extrémité supérieure : il jouit du mouvement d'opposition.

*A droite*, au contraire, il y a une articulation du coude mobile et point de pouce. Au bras rien d'anormal ; les os de l'avant-bras très-raccourcis ont subi un déplacement de sorte que l'avant-bras paraît décrire un arc de cercle comme chez les rachitiques. Les mouvements du coude sont très-limités. Le poignet diminué dans le sens transversal supporte trois doigts qui n'ont rien d'anormal. Aucun d'eux ne jouit du mouvement d'opposition ; mais un des doigts cependant s'écarte un peu des autres ; ce qui permet de tenir certains objets entre deux doigts, mais non pas de les saisir. La peau n'offrait rien de particulier. Les muscles étaient diminués de vo-

lume au bras comme à l'avant-bras et à la main. Scoliose : toute la moitié gauche du thorax était comme atrophiée. L'intelligence était bien développée.

**AUTOPSIE.** — *Membre supérieur gauche.* Humérus : 17 cent. de longueur, il a subi un mouvement de rotation de dehors en dedans, de sorte que l'épiphyse externe très-saillante et allongée se voit en avant.

Il n'y a pas d'olécrâne ; ou du moins ce qui paraît le représenter est une tubérosité appartenant à l'humérus et interposée entre les deux os de l'avant-bras.

*Avant-bras.* Il contient deux os ; tous les deux à leur partie supérieure soudés aux bords externe et interne de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'os interne a une longueur de 4 cent. 5, l'os externe de 5 cent.

Le *carpe* présente, à sa partie externe, une saillie pointue de 1 cent. de longueur qui s'articule avec l'extrémité supérieure effilée du premier métacarpien, au moyen d'une capsule fibreuse lâche.

**A DROITE :** *humérus* : long. 17 cent. 5. *Coude* : subluxation en avant et en dehors.

*Avant-bras* : l'os externe a 7 cent. A sa partie supérieure est une tête qui s'articule en dehors et en arrière avec l'humérus, et rappelle par sa forme la petite tête du radius.

L'os interne n'a que 4,5 ; il est aplati et ne se prolonge pas jusqu'au carpe : il lui est réuni par un ligament fibreux aplati de 2,5 de longueur. Rien à noter aux métacarpiens ni aux trois doigts. Rien d'anormal aux membres inférieurs.

Il était intéressant de voir si on trouverait dans les centres moteurs cérébraux une lésion qui correspondît à celle des membres supérieurs.

Voici ce que nous avons constaté :

Dure-mère épaissie. Hémisphère cérébral droit pâle. — Hémisphère gauche : veines gorgées de sang noir ; en quelques points des ecchymoses intra-méningées. Dans la plupart des sillons qui séparent les circonvolutions se voient des tractus blanchâtres. A côté de ces lésions de date récente, il y en avait une autre qui, elle au contraire, paraît être de date ancienne. Sur l'hémisphère gauche à la partie supérieure des deux circonvolutions marginales, méninges épaissies, d'un gris nacré, d'aspect fibreux, rappelant les plaques laiteuses du péricarde. A droite, même aspect fibreux et nacré de la pie-mère à la jonction de la première frontale transverse avec la frontale ascendante.

*Cerveau* : rien à noter. *Moelle* : le renflement cervical manque et la moelle garde à peu près le même volume jusqu'au renflement lombaire.

**RÉFLEXIONS.** — Relativement au vice de conformation des membres supérieurs, je ferai remarquer l'apparente exception à la règle posée, par Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire :

« Quand le pouce manque, le radius manque aussi : » En réalité, il n'y avait à l'avant-bras droit qu'un deuxième os incomplet. Enfin, je signalerai d'une façon toute spéciale la lésion méningée ancienne, occupant la région des centres moteurs des membres. L'aspect nacré, fibreux, ne permet pas de penser à une lésion récente. Qu'est-elle donc ? Y a-t-il un rapport de cause à effet entre les deux phénomènes qui coïncident : l'anomalie des membres et la lésion méningée ? Faudrait-il croire qu'une méningite intra-utérine aurait correspondu à cet arrêt de développement des membres supérieurs ? Rien de pareil n'a été, jusqu'ici, indiqué par les auteurs dans les cas semblables. Et d'autres faits confirmatifs seraient nécessaires pour qu'une conclusion définitive puisse être donnée dans ce sens. Tel qu'il est, ce fait ne peut qu'éveiller l'attention des observateurs sur un point intéressant d'anatomie pathologique. Il permet de poser la question sans la résoudre.

**34.** M. BOURNEVILLE présente, de la part de M. Witkowski, la planche : *Encéphale*, de son *Anatomie iconoclastique*.

### 35. Elections.

MM. BERGER, LANDOUZY et RECLUS sont nommés membres honoraires de la Société anatomique.

M. FÉRÉ est nommé membre titulaire.

MM. BRISSAUD, DEJÉRINE, TAPRET sont nommés membres adjoints.

### 36. Coxalgie droite suppurée avec luxation spontanée. —

Thrombose veineuse du membre inférieur gauche ; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

Le malade, plombier, âgé de 24 ans, entré en médecine, dans l'ancien Hôtel-Dieu, le 20 août 1877, pour une sciatique (tel est du moins le diagnostic écrit sur sa pancarte), fut transféré au nouvel Hôtel-Dieu (service de M. OULMONT, salle Saint-Thomas, où il séjourna jusqu'en janvier 1878. Jamais, dans cette période, on n'observa chez lui aucun symptôme qui pût faire penser à une phlébite oblitérante du membre inférieur droit. Enfin, dans les derniers jours de janvier, il passe dans un service chirurgical avec la mention suivante : abcès chronique.

Ce malade offre tous les symptômes d'une coxalgie suppurée



du côté droit avec luxation iliaque complète. La région ischio-trochantérienne est tuméfiée et douloureuse, spontanément et à la pression ; le pli de l'aîne, entièrement effacé, et les deux régions inguinales (abdominale et crurale), gonflés et tendus, présentent une fluctuation si manifeste, que le flot peut être renvoyé de la fosse iliaque au triangle de Scarpa et réciproquement. La cuisse droite est immobile sur le bassin, tournée en dehors, raccourcie en apparence. Les mouvements spontanés sont nuls ; ceux provoqués, très-douloureux. Cachexie générale avec émaciation et pâleur des téguments. Indications : soutenir les forces ; faciliter l'évacuation du liquide purulent, par les deux petites fistules antérieures et latérales préexistantes. Injection morphinées anodines.

Tel était l'état stationnaire du malade, quand le 26 janvier, le membre inférieur gauche, devient le siège d'une tuméfaction douloureuse avec taches purpurines (phlegmatia rubra dolens), la tension et l'aspect luisant gagnent de proche en proche de l'extrémité du membre vers sa racine. La température, appréciable au palper est notablement inférieure à celle du membre coxalgique. Diagnostic de M. Cusco : Thrombose de la fémorale à la fois cachectique et mécanique par compression de l'iliaque externe gauche, la droite y étant soustraite.

Les phénomènes s'accroissent les jours suivants : douleurs intolérables, confluence du purpura, etc. — La température générale s'abaisse. Voici les

| Temp.      | 29 janvier | 30    | 31    | 1 <sup>er</sup> février | 2     | 3   |
|------------|------------|-------|-------|-------------------------|-------|-----|
| maxillaire | Matin :    | 36°,3 | 35°,0 | 36°,6                   | 35°,6 | 36. |
| gauche.    | Soir :     | 36°,0 | 35°,4 | 36°,2                   | 36°,0 |     |

La voix devient aphone ; — agonie de trois jours et mort le 3 février, à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. 5 février, 10 heures. — 1<sup>o</sup> *Membre inférieur gauche.* M. Cusco dissèque la veine fémorale qui paraît distendue, l'incise longitudinalement et constate la présence d'une thrombose oblitérant complètement le calibre du vaisseau et s'étendant de la poplitée aux iliaques externe et primitive, le caillot s'arrête au confluent de la veine cave qui est libre ; 2<sup>o</sup> *Membre inférieur droit.* Même lésion des canaux veineux dont les parois sont cependant épaissies et l'endoveine légèrement rosée à la surface.

Toutes les parties molles des régions ischio-trochantériennes et inguinales sont infiltrées de liquide purulent gris-verdâtre ; les fibres du psoas iliaque dans ses deux portions pelvienne et crurale sont complètement macérées et détruites ; il en est de même du fascia iliaque et de la capsule articulaire ;

le pus semble avoir pénétré de la cuisse dans l'abdomen par deux voies principales, l'une naturelle, échancrée, interépineuse antérieure et anneau du psoas, l'autre, accidentelle, qui consiste dans une perforation centrale de l'arrière-fond cotyloïdien de forme ovale à grand axe vertical (1 centimètre, petit axe 1/2 centim.) ; la saillie iliaque du sourcil cotyloïdien a été érodée par la tête fémorale, un peu aplatie, qui s'est placée, en état de luxation complète, en arrière et en haut de cette saillie, au-dessus de la grande échancrure sciatique. A ce niveau, existe un début de pseudarthrose caractérisée par la formation d'une petite cavité. Le faisceau iliaque externe droit baigne intact dans le liquide purulent.

M. MOUTARD-MARTIN. Il est facile, je crois, de rétablir la pathogénie des lésions. Sur la fémorale droite existent les traces d'une endophlébite, qui s'est propagée par les veines iliaques à la fémorale gauche, où elle a persisté.

M. GAUCHÉ. Telle peut être, en effet, l'explication du processus. Mais, durant la vie, la séméiologie a été muette au sujet d'une phlébite du membre, siège de la coxalgie.

### 37. Fracture de la voûte crânienne et du rocher gauche. —

**Hémorrhagie méningée;** par J.-B. GAUCHÉ et LEBEC, internes des hôpitaux.

Le nommé V...., 55 ans, tailleur de pierres, entre le 3 décembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, service de M. RICHET.

Trouvé le matin presque sans connaissance dans une cave de l'Hôtel-de-Ville, il ne répond que d'une manière incompréhensible aux questions qui lui sont adressées, et, quand on l'interroge, il semble se réveiller. Hémorrhagie par l'oreille gauche, légère, mais persistante. Motilité et sensibilité partout conservées, mais affaiblies. T., soir, 38°.

4 décembre. — T., M., 37°,4; Soir, 37°,7. Parésie faciale droite, caractérisée par l'effacement des traits.

5 décembre. — Soir. 37°. Le tartre stibié (0 gr. 04), donné en lavage, amène des vomissements.

6 décembre. — M., 37°,8; S., 37°. Incontinence d'urine.

7 décembre. — 38°,2; 38°. La température normale des jours précédents s'élève un peu. Eau-de-vie, 50 grammes.

8 décembre. — 39°,8; S. 39°. Coma. Hémiplegie droite. Les mouvements provoqués et obtenus à gauche par la piqure d'épingle sont abolis dans les membres supérieur et inférieur du côté droit (12 sangsues aux apophyses mastoïdes).

9 décembre. — 37°,8; 38°,2. Erysipèle de la face. M. Richet nous en fait remarquer le caractère œdémateux.

10 décembre. — 39°,8; — 38°,2.

11 décembre. — 38°,5; 40°. La sensibilité du pincement semble encore exister partout, car celui-ci provoque des mouvements, même dans les membres du côté gauche anesthésiés, quant à la piqure.

13 décembre. — 39°,4; 39°,4. P. 420. Le malade présente, le soir, de la dyspnée inspiratoire (on soupçonne un œdème de la glotte.)

14 décembre. — 39°; 38°,4. La dyspnée est très-prononcée, surtout à l'inspiration; le larynx paraît soulevé à chaque mouvement respiratoire, accompagné d'un bruit rauque; mais la respiration est aussi gênée, comme si l'œdème occupait toute la muqueuse laryngée. Le 15 décembre, mort.

AUTOPSIE. — *Thorax*; *Poumons* gorgés de sang noir; le larynx ne présente aucune trace d'infiltration, ni dans les replis aryéno-épiglottiques, ni dans les cordes vocales.

*Crâne*. — *Voûte*. Le cuir chevelu étant incisé transversalement d'une oreille à l'autre et décollé en avant et en arrière, on constate une fêlure transversale, partant environ de la réunion du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la suture interpariétale, et s'étendant de chaque côté de la voûte jusqu'à des limites inférieures. Une fêlure longitudinale, plus petite, va du même point à un centimètre en avant de la suture pariéto-frontale. La voûte, ayant été séparée de la base au moyen de la scie, devient divisible en deux fragments osseux: antérieur et postérieur. La fêlure longitudinale comprend aussi toute l'épaisseur des pariétaux, mais sans en amener le déplacement. *Base* du côté gauche; le trait de fracture atteint, en haut, le milieu du conduit auditif externe ainsi divisé.

*Rocher gauche*. Une fracture transversale ou perpendiculaire à l'axe de l'os à 1 millimètre en dehors de la caisse tympanique; une seconde fracture longitudinale limitée en dehors par le trait de fracture déjà indiqué, en dedans par l'abouchement de la portion osseuse de la trompe d'Eustache dans la caisse, en bas par la scissure de Glaser, en haut par la réunion du tiers supérieur avec les tiers inférieurs de la face antérieure du rocher, ces deux fractures, disons-nous, divisent la portion pétrée du temporal en trois fragments, deux postérieurs, un antérieur qui, enlevé, met à découvert: trompe d'Eustache, caisse du tympan et conduit auditif externe.

*Cerveau*. Hémorrhagie méningée du côté gauche due à la rupture de l'artère méningée moyenne au-dessus du rocher. Le caillot épais est sus-jacent au lobe pariétal dont les cir-

convolutions sont aplaties depuis la pariétale ascendante exclusivement jusqu'à la scissure de Sylvius.

**38. M. DE BOYER** présente les pièces d'un malade de 75 ans, apporté à l'Hôtel-Dieu avec une hémiplegie gauche récente et paralysie faciale. En outre, ce malade présentait de la déviation conjuguée des yeux à droite avec rotation de la tête du même côté. Quelques jours plus tard, on observait de l'hémichorée du côté sain, et une eschare au sacrum, le tout avec avec un abaissement notable de la température.

A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spirale; les méninges rachidiennes sont baignées par le pus; de plus, ce vieillard présentait un bel exemple de *langue noire*, la lésion histologique consistait surtout en une *hypertrophie papillaire*.

L'observation n'a pas été remise.

**M. MALASSEZ.** Chez un vieillard de l'hospice d'Ivry atteint aussi de langue noire, M. Ollivier fit disparaître complètement la lésion par des grattages et des lavages répétés.

**M. LETULLE.** M. Constantin Paul a obtenu le même résultat, par le même traitement appliqué pendant un mois environ.

*Le secrétaire,*

E. BARIÉ.

## AVRIL

---

*Séance du 5 avril 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**1. Hémiplégie gauche graduelle; tumeurs cérébrales; par**  
MM. BERDINEL, interne des hôpitaux, et DELOTTE, externe des hôpitaux.

Chrétien Pauline, âgée de 46 ans, journalière, est entrée le 21 février 1878, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. PROUST, salle Sainte-Marie, n° 29. Il y a près d'un mois, sans cause appréciable, cette femme fut prise d'une bronchite intense et, en même temps, se montrèrent des vomissements survenant surtout le matin, vomissements alimentaires d'abord, bilieux un peu plus tard. Les vomissements allèrent en augmentant de nombre pendant les jours suivants, survenant à tous les moments de la journée. Il s'y joignit bientôt un peu d'affaiblissement dans la main gauche; la préhension devenait difficile; le lendemain l'affaiblissement augmenta; le troisième jour l'extension des doigts était devenue absolument impossible, la flexion pouvait encore se produire mais incomplète; le quatrième jour, inertie complète du poignet, de la main et des doigts. Pas de phénomènes céphaliques; mais, son état persistant et tendant même à s'aggraver, la malade entre dans nos salles.

*Etat actuel.*— C'est surtout sur l'état du bras que cette femme appelle notre attention. Sa main est complètement inerte, elle tombe verticalement si la malade étend son bras dans la position horizontale. Immobilité absolue des doigts; le pouce est immobile comme les autres, et tout mouvement d'opposition est devenu impossible. Les muscles des bras ne paraissent pas atteints; l'avant-bras se fléchit et s'étend sur le bras sans aucune difficulté et la malade résiste aussi bien à

droite qu'à gauche à l'extension forcée. — Aucun trouble de la motilité dans les membres inférieurs. La marche se fait bien; à peine quelques vertiges et une légère titubation si la malade se retourne brusquement. Aucune déviation de la bouche à l'état de repos ou de mouvement; la langue n'est ni déviée, ni tremblante.

La vue est bonne, elle n'a subi aucune altération.

Les paupières sont aussi mobiles d'un côté que de l'autre.

La sensibilité n'est altérée dans aucun de ses modes, pas plus dans les parties paralysées que dans les autres points du corps. Pas de fourmillements, ni de douleur spontanée dans les mains. Les muscles se contractent bien sous l'influence de l'électricité. Les deux mains n'offrent pas un volume égal, celui de la main paralysée est moindre; la malade ne peut nous dire si cette différence a existé avant le début des accidents. Sur la main gauche la peau est plus lisse, mais sa coloration est normale. La malade accuse une sensation de chaleur plus vive dans la partie paralysée, le thermomètre donne au contraire une élévation de un dixième de degré pour la main saine. Légère céphalalgie sans localisation fixe dans la tête; la malade pleure facilement et s'alarme sans cesse sur son état, la mémoire et l'intelligence paraissent d'ailleurs intactes.

Cette femme est d'une constitution pléthorique; elle présente en même temps un léger état gastrique avec un peu de bronchite. Elle accuse en outre des vomissements bilieux persistant depuis le début de la maladie et survenant à toute heure du jour surtout le matin. L'ingestion des boissons et des aliments les provoque.

Aucune trace d'athérôme; aucun symptôme d'atteinte syphilitique; aucun indice d'intoxication saturnine; aucun antécédent personnel ou héréditaire.

*1<sup>er</sup> mars.* Les vomissements n'ont pas cédé à l'administration d'un ipéca. Coloration rouge de la face, plus marquée à droite. Céphalalgie persistante, plus intense du côté droit, sensation de poids dans cette partie de la tête. Aucune déviation des commissures à l'état de repos de la bouche; mais, si la malade rit une légère déviation se produit à droite. Constipation opiniâtre. Ni l'abdomen, ni l'épigastre ne sont douloureux à la palpation.

*2 mars.* — Légère déviation de la bouche à l'état de repos; la commissure droite est un peu abaissée; la langue paraît légèrement déviée à gauche. Céphalalgie intense du côté droit; coloration plus vive dans cette partie de la tête. Les vomissements persistent, ils surviennent quatre ou cinq fois par jour. Aucun changement du côté paralysé, étendue stationnaire de la lésion.

**5 mars.** — La constipation a disparu ; les vomissements et la céphalalgie à droite persistent avec la même intensité.

La malade marche moins bien ; faiblesse dans la jambe gauche. Vertiges dans la station debout.

**10 mars.** — Vomissements plus fréquents. Les aliments ne sont pas tolérés. Pupille gauche plus dilatée que celle du côté droit.

La malade parle moins distinctement ; les mots sont moins bien articulés. — Traitement. — Iodure de potassium 2 gr. Boissons glacées.

**15 mars.** — Les vomissements ont beaucoup diminué. Mouvements du bras gauche moins faciles ; la malade remue difficilement la jambe.

**18 mars.** — Impossibilité de soulever le bras ; flexion de l'avant-bras impossible ; si on soulève le membre inférieur gauche et qu'on l'abandonne à l'action musculaire, il retombe inerte. Sensibilité très-retardée dans le membre inférieur gauche, moins dans le membre supérieur du même côté. Les sensations du froid et du chaud sont nettement perçues. La peau de la main gauche est le siège d'une desquamation furfuracée très-accusée, surtout à la face palmaire. Pupille gauche plus dilatée que celle de droite ; la malade ferme bien les yeux. Diminution de la mémoire, la malade prend les jours les uns pour les autres ; intelligence nette. Parole plus lente, difficulté d'articuler les mots. Prostration des forces, difficulté très-grande à soulever la tête et à s'asseoir sur son séant. Céphalalgie moins intense ; sensation persistante d'un poids lourd du côté droit de la tête. Les vomissements ont beaucoup diminué ; ils ne se produisent qu'au moment où on soulève et remue la tête de la malade.

**21 mai.** — Décubitus dorsal, la tête tournée du côté droit. Parole lente, peu intelligible. Ralentissement du pouls. Légère dyspnée ; absence de phénomènes pulmonaires. Céphalalgie persistante à droite ; la malade tient instinctivement sa main appliquée sur la tempe droite. Insensibilité complète dans le membre supérieur et le membre inférieur gauche ; incomplète sur la joue gauche. La malade ouvre et ferme incomplètement l'œil gauche.

**24 mai.** — La malade est plongée dans une prostration d'où on la tire difficilement. Ses réponses sont peu intelligibles et faites d'une voix basse et entrecoupée.

**28 mai.** — La torpeur est augmentée ; la malade ne parle plus, elle agit seulement les lèvres.

L'hémiplégie est complète dans tout le côté gauche, tant pour la motilité que pour la sensibilité. Rien à droite. Les vomissements sont plus rares, mais se produisent quand on re-

muela tête de la malade. La température s'est un peu élevée; température axillaire, 38°,5.

29 mai. — Aggravation de l'état général; température 39° 8.

31 mai. — La malade est plongée dans une sorte de coma; il y a du mâchonnement. La respiration est un peu accélérée; température 39°,5. La malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE trente heures après la mort. — Pas de lésion pulmonaire, ni de lésion cardiaque.

Au hile du poumon, on trouve un ganglion du volume d'un œuf de poule complètement dégénéré. La muqueuse de l'estomac est saine. Le foie de volume normal contient, dans l'épaisseur du lobe droit, un noyau cancéreux du volume du poing, dur à la coupe, et faisant une légère saillie sur la face convexe. L'intestin, la rate, les reins ne présentent rien d'anormal. L'utérus est légèrement augmenté de volume, le fonds est bosselé et on trouve à la coupe deux noyaux cancéreux, non ulcérés; le plus gros est du volume d'un œuf de pigeon.

*Cerveau.* — Les méninges sont congestionnées, non adhérentes. Après les avoir enlevées on trouve la circonvolution frontale ascendante très-hypertrophiée dans ses deux tiers inférieurs; à sa partie moyenne elle offre une largeur de quatre centimètres et demi. Elle a repoussé en arrière la circonvolution pariétale qui est très-amincie et s'avance comme une valvule sur la partie la plus reculée de la frontale. La substance corticale de la frontale ascendante présente une coloration rouge lie de vin, sans perte de substance à la superficie. Sur ce fond livide se détachent quelques points d'un rouge plus intense, entourés de quelques tractus jaunâtres. L'encéphale ne présente pas d'autres lésions superficielles.

Sur une coupe faite parallèlement à la direction de la frontale ascendante et passant par son milieu, on trouve que tous les faisceaux frontaux moyens sont détruits par une tumeur; cette production est dans son centre d'une couleur rouge lie de vin uniforme, et de la grosseur d'une noix. Elle est entourée par une zone jaunâtre de ramollissement d'un millimètre d'épaisseur environ. Elle s'étend jusqu'à trois millimètres du noyau lenticulaire qu'elle n'atteint pas. Les centres ne sont en rien intéressés.

Cette tumeur, qui paraît facilement énucléable, s'étend dans le sens antéro-postérieur jusqu'aux limites de la circonvolution frontale ascendante et ne touche en rien aux autres circonvolutions frontales. En arrière, elle s'étend à travers la circonvolution pariétale ascendante jusqu'à la limite du lobule pariétal. Sur une coupe passant par le pied des circonvolutions pariétales, on trouve deux autres tumeurs de même nature et de même aspect, chacune du volume d'un œuf de pigeon dont



elles rappellent la forme; l'une siège dans la partie supérieure du lobule pariétal supérieur, recouverte par une mince couche de substance grise qui paraît intacte. Elle détruit toute la partie moyenne du faisceau pédiculo-pariétal supérieur (classification de M. le docteur Pitres).—L'autre siège dans le lobe sphénoïdal, à la partie inférieure, et détruit la partie moyenne du faisceau sphénoïdal.

Sur une coupe verticale passant par la partie moyenne des circonvolutions pariétales, on trouve, dans la substance blanche de la partie supérieure du lobe sphénoïdal, une quatrième tumeur présentant le même aspect et le même volume que les précédentes et comme elles facilement énucléables; elle est indépendante. Le cerveau ayant été immergé immédiatement dans l'acide azotique, l'examen microscopique de ces tumeurs n'a pu être fait.

M. CHARCOT. Ce fait démontre une fois de plus que les lésions de l'écorce cérébrale donnent lieu à des paralysies dissociées qui envahissent d'abord le membre supérieur, puis la face et en dernier lieu le membre inférieur. Je ne sais pas que cette dissociation des phénomènes paralytiques ait été observée jusqu'ici à la suite de lésions centrales.

#### **2. Kyste hydatique du rein; par le Dr GUINAND.**

La pièce que je présente à la Société est un kyste hydatique du rein gauche trouvé à l'autopsie d'un homme âgé de 69 ans, mort dans le service de M. GOUGUENHEIM à l'Hospice temporaire.

Cette tumeur a présenté dans son évolution ceci de particulier, qu'elle a pu séjourner dans l'organisme pendant un demi-siècle sans provoquer même à son début aucun accident sérieux. Ce malade, qui en était porteur depuis 1828, la considérait comme faisant absolument partie de son organisme et n'accusait à son endroit absolument aucune gêne, ni aucune fatigue.

Elle avait cependant le volume d'une tête d'enfant, siégeait à la partie supérieure de l'hypochondre gauche au niveau du rebord des fausses côtes qu'elle avait notablement soulevées et déformées. On recevait à ce niveau, malgré la résistance et la pression de la poche, une fluctuation non douteuse qui avait fait porter le diagnostic de *kyste hydatique*, mais on n'avait pas fixé son siège ou plutôt son point de départ, elle n'occupait plus en effet la région où est habituellement situé le rein; elle était placée plus haut et plus en dedans. Le li-

quide que contenait cette poche était de couleur gris-jaunâtre dans lequel flottaient des débris des masses caséeuses des parois. Dans ce liquide flottaient des hydatides assez nombreuses, dont les unes avaient cessé de vivre depuis longtemps. Elles sont flasques et grisâtres, du volume d'un œuf de pigeon ; les autres claires, transparentes, qui paraissaient encore vivantes.

**AUTOPSIE** 36 heures après la mort. — Dès qu'on ouvre l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de sérosité sanguinolente, la cavité péritonéale en contenait environ quatre litres. L'estomac apparaît sous la forme d'un tube rigide renflé au milieu de sa longueur, dont les parois ne s'affaissent plus. D'une teinte gris-blanchâtre, il est légèrement mamelonné et adhérent avec des masses dures, épaisses et lardacées du grand épiploon. Toute la surface de cet organe est atteinte d'un cancer en nappe, toutes ses tuniques, en dehors de la membrane muqueuse, sont absolument dégénérées, la muqueuse seule est en effet à peu près saine, bien que ses mamelons soient plus irréguliers et plus saillants. La coupe des parois stomacales offre un aspect tout à fait lardacé de 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur.

*Péritoine.* Le grand épiploon ne formait qu'une masse dure, inégale, bosselée, adhérente aux parties sous-jacentes. Il était ratatiné et remonté en haut. Toute la séreuse avait participé à un certain degré d'hyperplasie, elle avait presque dans toute son étendue 2 millimètres d'épaisseur, très-adhérente au tissu cellulaire sous-péritonéal et présentant une surface assez lisse, non mamelonnée. — *Pancréas sain.* — *Rate* un peu atrophiée, épaississement très-considérable de la capsule qui a participé au travail inflammant du péritoine. — *Rein gauche.* Volume normal amyloïde. — *Rein droit* atrophié amyloïde. — *Utérus.* Il se trouve complètement englobé dans les fausses membranes et l'épaississement de la tunique séreuse. — Les *ovaires* sont aussi recouverts par ces productions inflammatoires.

*Foie* adhérent par sa face connexe au diaphragme. Plusieurs fausses membranes l'unissaient également à l'estomac, quoi qu'il n'ait pas été envahi par la dégénérescence.

Veine iliaque externe gauche complètement oblitérée par un caillot gris-noirâtre. Il s'étendait jusqu'au niveau de la région crurale.

*Description anatomique de la poche.* La poche kystique est formée d'une paroi fibreuse assez résistante en certains points, calcaires ailleurs par larges plaques. Le rein n'est pas simplement accolé à la tumeur, il l'embrasse sur une grande étendue ; malgré son très-petit volume, le tissu parenchymateux s'épanouit pour ainsi dire en certains points ; ailleurs, au

contraire, il est réuni en une petite masse comme appendue au reste de l'organe et au kyste tout entier.

Ainsi donc, l'irradiation diffuse d'une portion du rein sur la tumeur, nous porte à croire que le parenchyme de cet organe a été le point de départ de ce kyste.

On voit, en outre, à la face interne, six ou sept végétations gélatineuses blanches-grisâtres, ayant tout à fait l'aspect d'un chou-fleur. Tels sont les caractères microscopiques les plus importants que présentait cette tumeur.

M. HOUEL fait remarquer que les kystes hydatiques du rein n'existent pas dans le tissu même de cet organe; ils lui sont simplement accolés et sont situés immédiatement sous le péritoine.

### **3. Occlusion intestinale produite par un cancer de la partie supérieure du rectum; par M. GUINAND.**

François C..., âgé de 61 ans, colporteur, entré à la Pitié, le 1<sup>er</sup> avril, salle Saint-Raphaël, n° 21, service de M. DUMONT-PALLIER. Il accuse deux bronchites antérieures, mais il se portait bien quand, au mois de janvier dernier, il fut pris d'une diarrhée qu'il garda pendant deux mois. Plus tard il devient constipé pendant huit jours, puis il eut de nouveau, pendant cinq jours, des selles diarrhéiques; enfin, quelques jours après, il y eut un arrêt à peu près complet des garde-robes, et il commença à éprouver des coliques et du ballonnement.

A son entrée à l'hôpital, il nous raconte qu'il n'a pas eu de garde-robes depuis six jours. L'abdomen est très-volumineux et présente une forme pyramidale à base tournée vers le diaphragme. La paroi abdominale est très-tendue, sonorité tympanique sur toute la surface du ventre, bosselures légèrement saillantes dans les hypochondres droit et gauche. Douleur à la pression surtout marquée vers la fosse iliaque gauche. Les coliques et les douleurs spontanées qu'il éprouve lui semblent toujours partir de ce point. Pas de vomissements, nausées fréquentes. Température normale. L'aspect général de ce vieillard est tout à fait cachectique; ses membres sont amaigris et décharnés; sa face, aux pommettes saillantes et rouges, est un peu grippée, mais surtout très-émaciée. Souvent, dit-il, alors qu'il avait bon appétit, il aurait souffert de privations.

Le 31, on administre un lavement purgatif qui ne produit aucun effet.

Le 2, œdème du membre inférieur droit; il paraît avoir dé-

buté par la racine du membre. Cet œdème est dur, on a de la peine à produire une dépression avec le doigt.

Le 3, le malade a eu une petite garde-robe qui contenait des lambeaux longs de 2 à 3 centimètres.

Le 4, pas de vomissements. A 9 heures émission de gaz qui a amené une certaine détente, bien que le ventre n'ait pas diminué de volume.

Le 5, pas de vomissements, pas de selle ni de gaz, pas de douleurs vives à la pression. Il se nourrit avec du vin chaud. L'œdème de la jambe a un peu augmenté.

Dans la nuit du 6 au 7, il a rendu un petit fragment de matière fécale. Cependant, les douleurs ont augmenté ; insomnie, nausées, pas de vomissements, toujours ventre très-tendu et très-tuméfié.

Le soir du 7, il a été pris subitement de douleurs vives au creux épigastrique, qui se sont irradiées dans tout le ventre ; il a ensuite évacué des matières semi-liquides. Puis il a vomi une certaine quantité de matières brunâtres et très-amères.

Affaissement progressif, état comateux, mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Le ventre a conservé sa forme pyramidale. Le ballonnement est aussi intense qu'il était pendant la vie. Dès qu'on ouvre la cavité péritonéale, il s'échappe une notable quantité de gaz très-fétide et le volume du ventre se réduit de moitié. Une fois la paroi abdominale relevée, on est frappé par la distension énorme du gros intestin tout entier qui tranche sur l'affaissement complet et même un certain degré de rétraction de l'intestin grêle. Il est curieux de voir la dilatation gazeuse et fécale du gros intestin absolument limitée à la valvule de Bauhin.

Toute la surface péritonéale est revêtue d'une couche plus ou moins visqueuse verdâtre d'un liquide fécaloïde qu'on retrouve en plus grande abondance dans les culs-de-sac formés par les replis intestinaux. L'odeur qui s'exhale et la vue de ce liquide ne permet plus de douter qu'il y a eu quelque part une perforation intestinale. En effet, en décollant une adhérence qui unissait la portion moyenne du colon transverse à une anse d'intestin grêle, on découvre une large ulcération à bords déchiquetés et entourés d'un liséré rouge, ecchymotique. En suivant le colon descendant, on voit la distension s'arrêter au niveau de l'angle sacro-vertébral, à l'extrémité supérieure du rectum. On reconnaît en ce point une tumeur du volume d'un œuf, irrégulière, bombée et d'un aspect gris noirâtre.

On a alors retiré tout le rectum et on s'est assuré que la tumeur siégeait à environ 20 cent. de l'anus, ce qui explique que le toucher rectal pratiqué par le chef de service et l'interne

n'a pu donner aucun renseignement précis. La portion supérieure et intra-intestinale de cette tumeur forme tout à fait un cul-de-poule caractéristique. La sonde cannelée n'a pu traverser cette tumeur qu'à l'aide d'une certaine pression. Elle paraît enserrer uniformément tout le pourtour de l'intestin. Une coupe pratiquée sur cette tumeur donne un aspect blanc lardacé interrompu par des tissus gris noirâtres. La muqueuse au niveau de l'étranglement était nettement ulcérée. En incisant longitudinalement le gros intestin, on ne trouve pas d'autre ulcération que celle qui siège en bas au-dessous de la perforation. En ce point, on distingue une large plaque ulcérée contiguë à l'ulcération, qui a probablement été le point de départ de la perforation large comme une pièce de deux francs que nous avons mentionnée plus haut.

Les reins, qui sont adhérents aux côlons distendus et enflammés, sont intacts, c'est à peine si on trouve la substance corticale anémiée et peut-être légèrement infiltrée de tissus granulo-grasieux. La rate n'est pas ulcérée, mais le foie, un peu ratatiné, présente, à la partie inférieure de son lobe droit, une tumeur irrégulière, du volume d'un œuf, qui donne à la coupe le même aspect blanc grisâtre qu'a fourni la coupe de la tumeur rectale.

Cœur sain; tubercules crétacés au sommet gauche du poumon; dans le sommet droit, on a trouvé une infiltration lobulaire qui, au premier aspect, ressemble assez au tissu de la tumeur quoique elle ait aussi une ressemblance très-grande avec les granulations grises. Pas d'épanchement dans les plèvres ni dans le péricarde. Enfin, nous devons insister sur ce fait que, malgré cette perforation très-large du gros intestin et de l'écoulement assez notable d'un liquide fécaloïde dans le péritoine, malgré dis-je, ces causes si puissantes de péritonite, il n'y avait qu'une péritonite viscérale légère, avec épaississement des mésentères, mais sans aucune fausse membrane.

On n'a pu retrouver le caillot fibrineux en forme de tête de serpent qui aurait été le point de départ de l'œdème du membre inférieur droit. Les veines iliaques seules étaient remplies de caillots noirs récents.

**4. Fracture simple verticale du bassin, avec disjonction des symphyses, et fracture en V sous-trochantérienne du fémur; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.**

Le nommé Charles B..., âgé de 20 ans, plombier, tombe dans la rue en travaillant sur la toiture d'une maison de cinq étages, et meurt une heure après son transport à l'Hôtel-Dieu, sans qu'on ait pu constater d'autre symptôme qu'une ecchy-

mose ischio-trochantérienne considérable du côté gauche et un épanchement sanguin dans la fosse iliaque du même côté, siège présumé du point où a porté directement tout l'effort de la chute. Quant à la déformation de la cuisse, elle est caractérisée par une saillie anguleuse externe vers la partie supérieure de la diaphyse.

L'AUTOPSIE permet de constater des fractures en deux régions : bassin et cuisse gauche. — *Fracture du fémur*. Elle présente une direction oblique en V, mesure 8 centimètres et siège à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen (sommet). La base n'est autre que le *col chirurgical* de l'épiphyse supérieure. Au fragment inférieur appartient l'angle saillant et antérieur du V ; au fragment supérieur, l'angle rentrant et en même temps postérieur. En résumé, c'est une fracture sous-trochantérienne, occupant toute l'étendue de la région homonyme (Hennequin, *Des fractures du fémur*, pages 387, 449 et 590).

*Fracture du bassin*. — La fracture est simple du côté gauche, sa direction verticale, fait observé depuis longtemps (Malgaigne), et sur lequel Demarquay a rappelé l'attention de la Société de chirurgie (Séance du 16 mars 1870).

*Siège* : elle divise le pourtour du trou obturateur, en séparant les deux branches du pubis (horizontale et descendante) des portions correspondantes de l'os iliaque et de l'ischion : la fracture du pubis peut donc être indiquée par un trait de ligne vertical, traversant le trou obturateur. Ce n'est pas tout : il y a en même temps disjonction des deux symphyses sacro-iliaques (plus prononcé à gauche) et de la symphyse pubienne, complication qui, d'après M. Larrey, ne surviendrait que dans les fractures pubiennes par écrasement (passage des roues d'une lourde voiture.)

M. FÉRÉ. Ce fait confirme les règles auxquelles m'a conduit une série d'observations et de recherches sur les fractures du bassin (Communication à la Société anatomique, 14 février 1876 et décembre 1877) : 1° la fracture pubienne porte du côté qui a subi le choc ; — 2° le chevauchement se fait ainsi : issue du fragment externe en arrière et en dedans, saillie de l'interne en avant ; — 3° ce sont les chutes ou chocs sur le plan latéral qui produisent les fractures du bassin à direction verticale.

M. GAUCHÉ. C'est, en effet, sur le côté gauche que le blessé paraît être tombé, à en juger par le siège de l'écchymose.

**5. Ulcérations tuberculeuses de la trachée ;** par Alfred BULTMAN,  
interne des hôpitaux.

Le nommé Or..., âgé de 37 ans, est entré le 8 novembre 1876, à l'hôpital Beaujon, au n° 8 de la salle Saint-Jean, dans le service de M. le Dr GUYOT. A l'entrée du malade, on reconnut aux deux sommets la présence de tubercules pulmonaires déjà en voie de ramollissement. On constata de plus une anasarque généralisée dont rendait suffisamment compte une quantité assez considérable d'albumine dans les urines.

La mort survint le 27 janvier 1877, sous l'influence d'un état cachectique des plus prononcés.

**AUTOPSIE.** — Infiltrations tuberculeuses des deux poumons; cavernes aux sommets. La muqueuse du larynx est saine dans la plus grande partie de son étendue; on ne trouve qu'une très-petite ulcération sur la corde vocale inférieure gauche et une seule granulation jaunâtre sur la muqueuse qui revêt la face interne de l'anneau cricoïdien. La *trachée* est manifestement dilatée uniformément dans toute son étendue; sa muqueuse est très-injectée. Elle présente à sa partie inférieure, un peu au-dessus de sa bifurcation une grande ulcération elliptique, à grand axe dirigé verticalement, et d'une longueur de 0,04 centimètres environ. Cette ulcération siège à la partie postérieure de la trachée, et s'est produite aux dépens de sa portion membraneuse. Sa surface est grisâtre, et les éléments ulcérés qui en forment le fond, offrent un aspect déchiqueté. La face antérieure de l'œsophage qui, à l'état normal est unie à la trachée par un tissu cellulaire lâche, adhère à la face postérieure de cet organe au point correspondant à l'ulcération. A droite et à gauche de l'éperon au niveau de la bifurcation de la trachée se voient également deux petites ulcérations grisâtres, peu profondes et tout à fait analogues à celle que nous venons de décrire. Rien dans les bronches.

L'examen des reins n'a pu nous faire reconnaître qu'une néphrite parenchymateuse; pas de tubercules, pas de dégénérescence amyloïde de cet organe.

**RÉFLEXIONS.** — Les ulcérations tuberculeuses de la trachée sont rarement signalées, soit parce qu'on ne les recherche pas toujours dans les autopsies de tuberculeux, soit plutôt parce qu'elles sont réellement une lésion anatomique rare; il est incontestable que les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse laryngée sont infiniment plus fréquentes. — Hâtons-nous de dire enfin que rien pendant la vie n'a pu faire soupçonner la présence d'ulcérations dans la trachée.

**6. Fracture double verticale du bassin avec perforation de la vessie. — Pas de lésions de l'urèthre ; par P. SAVARD, interne des hôpitaux.**

Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, dans la nuit du 31 mars au 1<sup>er</sup> avril, par des agents de police qui l'ont trouvé sur la voie publique. Le lendemain matin, en l'interrogeant, on apprend que la veille, en état d'ivresse, il a été renversé par un omnibus. La voiture l'aurait pris en travers, et lui aurait passé en arrière sur le bassin.

Cet homme paraît souffrir beaucoup, il est pâle, a les traits tirés, et se tient couché sur le côté sain, les cuisses à moitié fléchies. Il ne se retourne dans son lit qu'à grand'peine, et en éprouvant de violentes douleurs, dont il n'indique pas cependant le siège exact. Lorsqu'il est dans le décubitus dorsal, on peut lui allonger les jambes et les lui fléchir, sans qu'il accuse trop de souffrance ; mais il se plaint beaucoup et se tord dans son lit lorsqu'on porte dans l'abduction le membre du côté fracturé, c'est-à-dire, le gauche. En faisant coucher le malade sur le ventre, on constate au niveau de la région sacro-iliaque gauche une ecchymose large comme la moitié de la main, recouvrant une tuméfaction assez considérable, et dure comme si le sacrum faisait saillie. La pression est douloureuse à ce niveau ; d'autres ecchymoses moins prononcées et des écorchures situées plus en dehors et plus bas paraissent également déterminées par le passage de la roue.

Du côté droit pas de contusion, pas de douleur. En replaçant le malade sur le dos, on constate que les deux épines iliaques sont à peu près situées sur le même plan sans élévation ou abaissement de l'une d'elles. Mais lorsqu'on presse de dehors en dedans sur ces deux points, on les rapproche l'un de l'autre ; le bassin se ferme comme les deux valves d'une charnière. Tout le mouvement se passe du côté gauche ; cette manœuvre est relativement peu douloureuse. Ce signe ne permet donc plus de douter de la nature et de l'existence de la fracture, bien qu'il n'y ait pas de crépitation.

On ne peut pas constater de déformation du côté de la branche du pubis. Le scrotum est vide, les testicules appliqués à l'origine du canal inguinal. Le malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis l'accident. On introduit facilement une sonde dans la vessie, mais il ne sort que quelques gouttes de sang noir.

On pouvait être dans une fausse route produite par une déchirure de la région prostatique de l'urèthre qu'aurait déter-



minée un fragment osseux. Mais la palpation et la percussion démontrent que la vessie est vide. Le toucher rectal ne donne aucune indication spéciale.

Température du 1<sup>er</sup> au matin, 38°,2. Pouls petit. On met le malade dans une gouttière de Bonnet.

Le *soir*, le malade est toujours dans le même état ; (température 38,5, pouls faible). Il n'a toujours pas uriné, et cependant il n'y a pas d'urine dans la vessie, ce qui rend probable l'existence d'une déchirure de la vessie. Déjà, à la partie supérieure de la cuisse gauche, il y a une tuméfaction œdémateuse ressemblant à un commencement d'infiltration d'urine.

2 *avril*.—L'état du malade s'est aggravé, la langue est sèche, le pouls encore plus faible, la température reste à 38°, les mains et les pieds sont froids. Le malade a eu quelques hoquets la nuit ; il n'a pas uriné ; l'infiltration ne s'accuse pas, mais le ventre est ballonné.

*Soir*. La température reste la même ; le malade a eu des vomissements qui l'ont tourmenté toute la journée, le pouls est petit, la figure grippée, le ventre tendu, la vessie vide ; les extrémités se refroidissent.

3 *avril*. — La mort survient dans la matinée.

AUTOPSIE. — En ouvrant l'abdomen, on voit le péritoine qui tapisse le bassin, soulevé par l'infiltration qui remplit presque toute l'excavation du petit bassin, remonte le long de l'insertion du mésentère sur l'intestin à une grande hauteur, si bien que les deux feuillets du péritoine, à ce niveau, sont comme décollés.

Les incisions pratiquées sur les parties molles du bassin montrent les muscles obturateurs fessiers et tous ceux qui entourent l'os iliaque infiltrés de sang et d'urine. La vessie est vide, la face interne présente deux solutions de continuité placées à un centimètre de distance l'une de l'autre, et siégeant à la partie antérieure et inférieure du réservoir urinaire. Un stylet, introduit par une de ces déchirures, se dirige en avant et en bas sous le péritoine à travers les tissus infiltrés et va gagner le fragment antérieur de la fracture. L'urèthre ne présente pas de lésion. Le bassin, dépouillé des parties molles, offre bien un exemple de cette variété de fracture décrite sous le nom de fracture double verticale du bassin. En arrière c'est près de la symphyse sacro-iliaque que siège la solution de continuité. Elle suit presque la direction de cette articulation, des fragments osseux encore adhérents rendent irrégulier le trajet de la fracture. Il n'y a pas de déplacement notable des surfaces fracturées.

En avant, la fracture intéresse la branche horizontale du pubis, à 4 ou 5 cent. de la symphyse, et en bas la partie infé-

rière de la branche descendante du pubis. Entre les deux fragments antérieurs, il y a un écartement de 2 cent. ; le fragment interne est porté en arrière et en dedans, et de plus il est luxé au niveau de la symphyse; les ligaments sont déchirés.

Cette luxation a sans doute été produite par la pression exercée sur le fragment interne par l'externe, la violence ne cessant pas aussitôt après la production de la fracture. En effet, on peut admettre que le bassin pressé latéralement par le poids de la voiture, se brise d'abord en avant à quelques centimètres de la symphyse, puis en arrière. Alors le fragment postérieur devenu mobile, la pression continuant à s'exercer, vient appuyer sur le fragment interne et le luxe.

**7. Hématomes du péritoine dans un cas de cirrhose commune ;** par J. DEJERINE, interne des hôpitaux.

Le nommé L., 47 ans, tailleur de pierres, entre le 2 mars 1878 à l'Hôtel-Dieu, service de M. GUÉNEAU DE MUSSY. Habitudes alcooliques manifestes. Huit enfants dont sept vivants. Habitude de masturbation invétérées, durant depuis douze ans et ayant lieu en moyenne une fois par jour. Pas de syphilis. Depuis quatre ans jusqu'au début de l'affection actuelle, c'est-à-dire jusqu'à il y a deux mois cet homme a eu des accès épileptiformes quelquefois assez rapprochés, jusqu'à deux dans un mois, d'autrefois espacés de plusieurs mois, les accès étant plus fréquents pendant la saison chaude. Dans l'intervalle de ces accidents, la santé du malade a toujours été très-bonne ; pas de maux de tête, pas de faiblesse motrice, pas de troubles de la sensibilité ; rien également du côté des organes des sens.

Il y a environ deux mois, il a vu son ventre augmenter assez rapidement de volume ; en même temps il éprouva de l'oppression qui augmenta avec l'épanchement. En outre survint de la rétention d'urine ou plutôt une diminution de la sécrétion urinaire ; en effet, le malade urine, mais des quantités excessivement faibles. Depuis quinze jours seulement, les jambes ont commencé à s'œdématiser. Il y a eu quelques épistaxis, mais ces épistaxis ont été très-peu abondantes.

A l'entrée du malade à l'hôpital, nous trouvons le ventre très-volumineux, mais non globuleux ; en effet, la région ombilicale est déprimée et les flancs débordent de chaque côté. Le liquide est libre et se déplace selon les différentes positions que l'on fait prendre au malade. La cicatrice ombilicale est effacée et on la voit même faire une légère saillie. La matité est absolue sur les flancs, tandis que la région ombilicale donne

une sonorité exagérée qui s'étend jusqu'à l'épigastre. Le flot est très-manifeste et se constate au moindre ébranlement. Les veines sous-cutanées abdominales sont fortement dilatées. La rate est difficile à délimiter, tout au moins inférieurement ; elle paraît notablement augmentée de volume. Le foie est diminué et n'est plus décelé à la percussion que sur une longueur de quatre à cinq centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire. Dyspnée intense. Rien du côté des poumons, quoique le malade tousse un peu. Rien d'appréciable également au cœur. L'appétit est nul ; les garde-robes rares. De temps en temps quelques vomissements. L'urine est extrêmement peu abondante ; elle est rougeâtre et laisse déposer une grande quantité d'urates. Le cathétérisme ne donne issue qu'à quelques grammes de liquide. Pas d'albumine, pas de sucre ; les jambes présentent un œdème assez considérable. État de maigreur très-prononcée. La face présente une couleur jaunâtre ; les capillaires des pommettes sont dilatés. Diagnostic : Cirrhose commune. Iodure de potassium, 1 gramme.

4 mars. — Une ponction donne issue à 14 litres d'un liquide transparent, jaune citrin, dans lequel l'acide azotique précipite une grande quantité d'albumine. Un instant avant qu'on retire la canule, il s'écoule quelques gouttes de sang. On exerce une compression sur tout l'abdomen au moyen d'une couche assez épaisse de collodion.

5 mars. — Le malade accuse une amélioration très-grande : il respire avec facilité. La quantité d'urine émise dans les 24 heures a été plus que triplée. Cependant l'abdomen est beaucoup moins affaissé que la veille après la ponction ; on constate une légère reproduction de liquide et surtout un assez fort degré de tympanisme.

9 mars. — Le collodion, ayant déterminé des éraillures de la peau, a dû être enlevé. L'œdème des jambes qui avait considérablement diminué a repris une marche ascendante, mais est cependant moins prononcé que primitivement. Le liquide a également considérablement augmenté.

17 mars. — Le ventre est moins volumineux que lors de l'entrée. L'appétit est un peu revenu. L'urine est un peu moins rare : un demi-litre, mais émise en cinq ou six fois. Une seconde ponction donne issue à 14 litres de liquide. Il y a une amélioration presque immédiate du côté des phénomènes respiratoires.

20 mars. — Le mieux est de plus en plus temporaire, et le liquide se reproduit rapidement, quoique le ventre ne reprenne jamais son volume primitif. La dyspnée a de nouveau réapparu.

25 mars. — 3<sup>e</sup> ponction donnant issue à 8 litres de liquide.

27 mars. — La dyspnée augmente, la teinte jaune terreux de la face est plus marquée. L'appétit a disparu complètement. Vomissements après l'ingestion du moindre aliment.

28 mars. — Délire depuis la veille au soir.

29 mars. — Mort à 6 heures du matin.

AUTOPSIE faite le 30 mars. — Taches sanguines sur les parties latérales de l'abdomen. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule plusieurs litres de sérosité ascitique, d'un jaune citrin, absolument semblable au liquide obtenu par les ponctions pendant la vie. Ce liquide ne présente aucune trace appréciable de sang dans son intérieur. Toutes les parties antérieures et latérales de l'abdomen présentent des signes évidents de péritonite subaiguë. Le péritoine est fortement injecté, couvert de fines arborisations vasculaires; il est revêtu de néo-membranes minces, stratifiées sur certains points, très-vasculaires, tomenteuses. De chaque côté de la ligne blanche, sur la limite de l'épigastre et des hypochondres, on trouve des kystes sanguins, au nombre de trois de chaque côté, dont le plus volumineux atteint presque les dimensions d'un œuf de poule, et le plus petit celles d'une noisette. Ces kystes ont leurs parois propres formées par les néo-membranes, épaisses à ce niveau d'un millimètre environ, et formées elles-mêmes de plusieurs couches plus minces que l'on peut détacher avec des pinces, on arrive ainsi sur le contenu du kyste formé de sang coagulé noirâtre, ayant une consistance ferme et homogène, et ressemblant à une sorte de gelée noire et dure. Sur une coupe médiane, l'apparence du contenu de ces kystes est la même, nulle part on ne voit de couches concentriques, l'hémorrhagie qui les a produits paraît s'être faite rapidement et en une seule fois. Par leur base, ces hématomes reposent sur le péritoine, avec lequel ils n'ont contracté aucune adhérence, et qui est simplement dépoli à leur niveau. Les néo-membranes, qui forment la paroi de ces kystes, et aux dépens desquelles ils se sont évidemment développés, sont très-vasculaires, elles sont couvertes de vaisseaux très-fins formant des arborisations très-serrées.

Sur deux de ces kystes, la limitation exacte du processus hémorrhagique au niveau de la base fait défaut, et l'on peut suivre sous les néo-membranes à une distance de 2 à 4 centimètres, l'hémorrhagie qui se continue sous forme d'une lame très-mince.

Nulle part ailleurs nous n'avons retrouvé de productions semblables sur le péritoine pariétal, quant au péritoine viscéral il ne présentait pas de traces d'inflammation.

Le foie est petit, atrophié, il pèse 1,075 grammes, sa surface est lisse absolument, pas la moindre dépression cicatricielle

si petite qu'elle soit. Il est très-résistant à la coupe, la surface de section ne présente pas de saillies granuleuses, le tissu conjonctif est très-abondant, d'une teinte gris-rosée, il infiltre le parenchyme hépatique dans toute son étendue, les lobules hépatiques très-atrophiés, disparus par place, semblent un semis de grains de semoule répandus au sein du tissu conjonctif de nouvelle formation. Pas d'amyloïde.

Pas de brides cicatricielles à la face inférieure de l'organe. La vésicule biliaire fortement dilatée, contient une bile verdâtre. Pas de calculs.

L'examen microscopique nous a montré que nous avions affaire à une cirrhose commune, ordinaire, périlobulaire. Le tissu conjonctif très-abondant constitue à lui seul plus du tiers de la masse de l'organe, il est organisé et ne présente que très-peu de noyaux, les lobules hépatiques sont très-diminués de volume, et un certain nombre de cellules infiltrées de graisse. Pas de cirrhose intra-lobulaire. Rien à noter de particulier du côté des canalicules biliaires, dont les branches périlobulaires sont cependant un peu plus apparentes qu'à l'état normal. La *rate* est hypertrophiée. Poids 300 grammes. Péri-splénite très-marquée de la face convexe. Consistance normale. Rien de particulier à la coupe. Pas d'amyloïde. Les *reins* sont lobulés. Pas d'épaississement ni d'adhérence de la capsule. A la coupe rien de particulier. Pas de néphrite interstitielle. Pas d'amyloïde. Les *poumons* sont fortement congestionnés et splénisés aux bases. Pas de granulations tuberculeuses. Le *cœur* a son volume normal. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement aortiques, les sigmoïdes sont un peu scléreuses, ainsi que l'aorte ascendante. Pas de lésions mitrales ni tricuspides. Le myocarde est mou, flasque, de couleur jaune pâle à la coupe.

RÉFLEXIONS.— L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans la présence des hématômes du péritoine que nous avons constatés à l'autopsie. Ces hématômes ne sont que la conséquence d'une péritonite hémorragique localisée, et ils se sont produits d'après un mécanisme semblable à celui de la pachyméningite avec hématômes, et de certaines variétés d'hématocèles rétro-utérines. Ce qui nous engage à publier ce cas, c'est son extrême rareté, et nous n'avons pas trouvé jusqu'ici d'exemples analogues dans les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites à cet égard. Mais il y a, dans cette observation, un autre fait qui doit également attirer l'attention, c'est la symétrie curieuse qu'affectaient ces hématômes dans leur disposition, au nombre de trois, de chaque côté de la ligne médiane, à 8 ou 10 centimètres en dehors de la ligne blanche, entre l'ombilic et l'épine iliaque

antéro-supérieure, ces tumeurs pouvaient être intéressées dans les ponctions du péritoine, et il est probable qu'il en a été ainsi lors de la dernière ponction, car une de ces tumeurs présentait une suffusion hémorragique irrégulière dans le point correspondant à l'ouverture du péritoine, et nous croyons cependant qu'elles ont dû se produire dans les derniers jours qui ont précédé la mort, et nous nous basons, pour appuyer cette opinion, sur les caractères que présentaient ces hématomes. En effet, comme nous l'avons décrit plus haut, le sang paraissait épanché depuis peu de temps, sa couleur noirâtre, sa consistance ferme, montraient qu'il s'était épanché récemment dans les néo-membranes.

Quant à la pathogénie de cette péritonite hémorragique, nous ne voyons guère comment on peut l'expliquer. Evidemment dans ce cas on n'a pas affaire à une cirrhose compliquée de péritonite comme il en a été publié des exemples, car, dans ces cas-là, la péritonite est chronique et s'accompagne d'un épaississement du péritoine plus ou moins généralisé, et affectant également le péritoine viscéral et le péritoine pariétal. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre pendant notre internat à Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Hardy. Dans le cas actuel, la péritonite était localisée à la partie antérieure de l'abdomen surtout, et un peu aux parties latérales. En outre, la péritonite était de date récente, le degré peu élevé d'organisation des néo-membranes en est la preuve. Les ponctions répétées du péritoine ont-elles été le point de départ de cette péritonite qui, partie du flanc droit, se serait irradiée autour de l'ombilic? La chose est possible, toutefois, la tolérance du péritoine dans les cas d'ascite étant connue, on comprendra facilement que nous ne formulons cette hypothèse que sous toutes réserves.

Un dessin de ces tumeurs, que nous devons à l'obligeance de M. Capitan, externe des hôpitaux, a été déposé dans l'album de la Société.

#### **S. Angine de poitrine. — Mort subite. — Athérome artériel.**

— **Compression du pneumogastrique droit ;** par Charles Lenoix, interne des hôpitaux.

Parigot, François, âgé de 53 ans, sellier, entre le 15 janvier 1878 dans le service de M. RAYNAUD, pour une douleur violente, siégeant vers le milieu du sternum, et qui acquiert sous l'influence de la marche, de la fatigue une acuité extrême, avec irradiation dans le bras gauche.

Cet homme de taille moyenne, assez bien musclé, affirme avoir toujours eu une vie régulière. Toujours bien portant, il

n'a jamais fait d'autres excès que des excès de coït et cela depuis sa jeunesse. On ne trouve chez lui aucune trace antérieure ou actuelle de syphilis, pas plus que des autres diathèses, scrofule ou arthritis. En 1871, il fit des pertes d'argent assez importantes, mais il n'en fut ni chagrin ni découragé.

P...fait remonter le début de sa maladie à trois ans et demi, époque où continuellement il était sous le coup d'une lassitude profonde et avait perdu toute son énergie, sans pouvoir toutefois savoir d'où il souffrait. Un an après, au milieu d'une promenade, il éprouve subitement, deux heures après le repos et sans en connaître la cause, une douleur poignante, rétrosternale, qui le suffoque et l'oblige à s'arrêter. Cette douleur diminue rapidement, mais ne disparaît totalement qu'au bout de deux heures. A dater de cette époque, des attaques semblables reviennent irrégulièrement, mais, d'après sa remarque, toujours après le repos. Il entre dans ces conditions à l'hôpital où il reste six semaines, traité par des douches froides, des bains alcalins et du vin de pepsine.

A partir de ce moment, il parcourt divers services sans trouver d'amélioration sensible dans son état. Depuis 18 mois cependant ces attaques étant devenues beaucoup moins violentes, il avait pu travailler, mais depuis novembre 1877, il est de nouveau pris avec violence et ses attaques deviennent de plus en plus nombreuses. Il entre dans ces conditions dans le service de M. Raynaud.

*Etat actuel.* Cet homme, d'apparence assez vigoureuse, a l'air souffrant, ses yeux sont enfoncés et fortement cerclés de noir. Sous l'influence de la marche, d'un effort, surtout au moment de la miction ou de la défécation, le malade est souvent pris d'un accès douloureux. L'attaque débute par une sensation vague dans la poitrine; puis survient rapidement une douleur vive, angoissante qui occupe le milieu du sternum au niveau du 3<sup>e</sup> cartilage costal; cette douleur fixe, s'irradie dans le dos à la même hauteur ainsi que dans le bras gauche et jusque dans les doigts; quelquefois aussi, il ressent en même temps des douleurs vives dans les gencives inférieures et c'est là que, dans certaines crises, la douleur est le plus aiguë; l'irradiation se fait aussi vers l'épaule droite; sans descendre le long du bras. Le début est quelquefois inverse; des sensations vagues dans le bras gauche précèdent la douleur retro-sternale, il en est de même pour la douleur des gencives. Pendant l'accès, la physionomie du malade ne change pas, il est immobile, anxieux, le pouls et la respiration ne sont pas modifiés. (Ces notes m'ont été remises par M. Goix, externe du service.)

Ces crises se renouvellent fréquemment dans la journée, 5 à 6 fois et durent quelques minutes. Dans l'intervalle des accès, il se sent bien, mais fatigué. L'auscultation faite avec le plus grand soin ne permet d'affirmer aucune lésion d'orifices. Il semble qu'à certains moments, il y ait un peu de ronflement presystolique de la pointe; à d'autres un bruit léger semblable à un froissement de chiffon, siégeant à la pointe et systolique, mais insuffisant pour permettre un diagnostic précis.

Le foyer aortique n'est le siège d'aucun bruit pathologique. Les artères sont athéromateuses, aussi les battements du cœur sont-ils assez forts et la pointe un peu abaissée facilement perceptible. Rien ailleurs, pas de battements anormaux. En présence de cet ensemble symptomatique, M. Raynaud diagnostique une angine de poitrine dont la cause reste indéterminée.

Le 31 janvier, on prend son tracé sphymographique lequel rappelle celui de l'insuffisance aortique, en ce sens qu'il offre un petit crochet, mais ce qui domine c'est le plateau de l'athérome; le pouls, bien que fort et régulier, ne présente que fort incomplètement les caractères du pouls aortique. Il n'y a pas de souffle crural. A l'auscultation, M. Raynaud trouve le second bruit du cœur sourd, mal claqué, un peu prolongé; il n'y a pas de souffle véritable. Un signe qui tout d'abord avait échappé est l'inégalité pupillaire observé chez ce malade; la pupille gauche était fortement rétrécie et d'une façon permanente, même pendant ces accès douloureux. Ces signes avaient de nouveau attiré l'attention vers les gros vaisseaux artériels, mais aucun symptôme de dilatation anévrysmale ne put être découvert.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, son état reste le même; les crises sont cependant plus fréquentes dans les derniers temps, survenant 8 à 10 fois par jour; une fois, il en aurait eu au moins 30 (!). Un traitement varié n'amène aucune amélioration; les injections de morphine seules le calment. Un jour il a l'idée de s'électriser avec un de ses voisins et croyant avoir trouvé dans ce nouveau moyen un remède efficace il continue pendant 15 jours, puis l'abandonne, n'ayant eu qu'une amélioration passagère.

10 mars.—L'examen ophtalmoscopique démontre l'absence de lésion au fond de l'œil. Quelques jours après il est pris d'une conjonctivite purulente double qui guérit au bout de 20 jours.

Le 7 avril, au matin le malade meurt subitement sans pouvoir dire autre chose que ces mots: « j'étouffe ». La nuit précédente avait été mauvaise, il s'était plaint de vives



douleurs qui n'avaient cédé qu'à une injection de morphine.

**AUTOPSIE. — Cœur.** Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées et présentent à la coupe une légère teinte feuille-morte. La valvule mitrale est saine, ainsi que l'orifice aortique; l'expérience de l'eau ne révèle aucune trace d'insuffisance aortique. Rien au cœur droit. L'aorte est dilatée dans toute la région de la crosse; l'endartère est injectée, ulcérée çà et là et constellée de plaques d'athéromes jaunâtres, peu consistantes. La dégénérescence athéromateuse infiltre l'aorte dans toute son étendue; mais les lésions sont à leur maximum au niveau de la crosse; les tuniques sont épaissies surtout dans la première portion de la crosse. Le tissu cellulaire périphérique est épaissi et, en particulier au point, où l'aorte et l'artère pulmonaire se croisent. L'artère pulmonaire et son orifice sont sains. Le péricarde est intact même au niveau de sa réflexion sur l'aorte et les gros vaisseaux. Les artères coronaires ouvertes dans toute leur étendue sont à peu près normales; il y a ni obstruction ni rétrécissement; on ne voit qu'une petite plaque jaunâtre sur l'une d'elles, début probable d'endartérite chronique. Les nerfs sont disséqués avec soin, mais il est impossible de reconnaître au milieu du tissu cellulaire induré périaortique le filet du plexus cardiaque. Les deux nerfs phréniques sont absolument sains et passent sur les côtés du péricarde sain lui-même; il n'y a ni injection ni épaississement du tissu cellulaire ambiant.

Le *pneumo-gastrique gauche* passe en arrière de la bronche correspondante au milieu de tissu cellulaire sain et se laisse facilement isoler. Le *pneumo-gastrique droit* est facilement isolable dans tout son trajet jusqu'au niveau de la bronche correspondante; là il se trouve en rapport avec l'origine de la bronche et complètement accolé et adhérent à un gros ganglion péri-trachéen sur lequel il est fixé d'une façon intime. On ne peut sans l'entamer l'isoler par la dissection. Ce ganglion lymphatique, entouré du tissu cellulaire induré, est noirâtre à sa périphérie et absolument transformé à son centre en une masse calcaire.

Le pneumogastrique adhère en ce point dans une étendue de 2 centimètres; immédiatement au-dessous naissent les rameaux pulmonaires; plus bas, le pneumogastrique se reconstitue et va se joindre au pneumogastrique gauche sur l'œsophage. Les grands sympathiques ne paraissent pas altérés; les autres viscères sont sains.

**Examen histologique.** — Le pneumogastrique droit (côte comprimée), examiné immédiatement au-dessus du point où il adhère au ganglion lymphatique ne présente aucune altération. Après séjour dans l'acide osmique et coloration par le

picro-carminate d'ammoniaque, on peut dissocier facilement les fibres nerveuses. La gaine de Schwann n'est pas épaissie, ses noyaux peu nombreux sont très-nets; la myéline est intacte et les cylindraxes sont sains; il en est de même des fibres de Remak.

L'examen d'un fragment de ce même pneumogastrique, pris au niveau du point adhérent, ne permet de reconnaître qu'un épaississement de la gaine de ce nerf; les tubes nerveux sont sains.

Le pneumogastrique gauche est intact.

Les filets des grands sympathiques, pris immédiatement au-dessus du plexus cardiaque, se laissent facilement dissocier; les fibres de Remak sont saines.

REMARQUES.— Cette observation renferme plusieurs particularités intéressantes. Nous ferons remarquer :

1° Les violentes douleurs ressenties pendant les crises au niveau des gencives, sans toutefois en expliquer ni la cause ni le mécanisme;

2° L'absence de lésions du péricarde au niveau de la base des gros vaisseaux; l'intégrité des deux nerfs phréniques et des artères coronaires, à l'altération desquelles on a voulu attribuer une grande part dans les symptômes;

3° L'intégrité des tubes nerveux des pneumogastriques et des sympathiques. Quelle a été la part dans les symptômes et dans la mort subite de cette adhérence du pneumo-gastrique à un ganglion altéré? Nous ne saurions le dire; toujours est-il qu'on n'a observé ni troubles respiratoires, ni désordres de circulation, ni toux coqueluchoïde;

4° Les seules lésions constatées ont été : athérome aortique très-accrû, avec périartérite. Y a-t-il eu altération des filets propres du plexus cardiaque? Nous n'avons pu le démontrer.

Peut-on, d'après ces lésions, faire la physiologie pathologique de ce cas particulier? Faut-il considérer l'athérome aortique comme point de départ des troubles nerveux et regarder l'angine de poitrine comme symptomatique de l'athérome aortique, telle est, nous le croyons, la seule explication possible. Y a-t-il eu névralgie ou névrite du plexus cardiaque? Nous n'avons pu le prouver.

**9. Carcinose miliaire aiguë généralisée du péritoine; par**  
M. OUDIN, interne des hôpitaux.

La nommée X., âgée de 42 ans, entre le 18 mars 1878 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 57, service de M. le docteur GUIBOUT. Cette femme fut d'abord conduite dans le ser-

vice de M. Duplay, où elle resta sept jours, puis elle passa le 25 mars dans le service de M. Guibout.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Cette malade avait toujours, sauf quelques indispositions passagères, joui d'une bonne santé. Elle eut deux couches heureuses, la dernière il y a dix ans. Ce n'est que depuis trois mois que cette femme est malade. Elle commença d'abord par ressentir des douleurs vives et passagères dans l'abdomen, en même temps que son ventre devenait plus volumineux. Elle s'amaigrissait, ses digestions se faisaient mal. Depuis cette époque, la malade n'a plus revu ses règles. Dans les derniers jours de février seulement, elle fut forcée de s'aliter; et c'est depuis trois semaines environ qu'elle éprouve de grandes difficultés à respirer. C'est une femme présentant un aspect cachectique et une teinte jaune paille prononcée; sa maigreur n'est pas bien considérable, mais elle nous dit avoir eu beaucoup d'embonpoint. Les jambes et la paroi abdominale sont très-œdématisées. Le ventre présente un volume énorme; il est distendu par une grande quantité de liquide. Sur le front et à la racine du nez se remarquent cinq ou six petites éminences de la peau, analogues à celles du cancer généralisé.

A la palpation de l'abdomen, on constate de la fluctuation, et en déprimant brusquement la paroi, on sent à environ dix centimètres au-dessus de la symphise des tumeurs dont on ne peut apprécier ni la forme, ni le volume. La percussion indique une matité complète dans toutes les parties déclives, de la sonorité au-dessus de l'ombilic. La matité se déplace suivant les mouvements qu'on fait exécuter à la malade. Cet examen est légèrement douloureux; du reste, la malade, d'une faiblesse extrême, ne se déplace qu'avec beaucoup de difficultés.

A l'examen des organes thoraciques, on constate à droite un vaste épanchement de liquide remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. La pointe du cœur refoulée, est bien en dehors du mamelon. A gauche, quelques râles de congestion à la base. Les bruits du cœur sont sains. La dyspnée étant très-considérable, l'épanchement thoracique est ponctionné le 27 mars, et on retire environ un litre d'un liquide trouble, fortement coloré en rouge. Examiné au microscope, il contenait des cellules épithéliales, des cellules de pus et de nombreux globules rouges.

28. — La malade a été beaucoup soulagée par la ponction. Elle respire plus facilement. Le niveau du liquide s'est abaissé jusqu'à l'angle de l'omoplate.

1<sup>er</sup> avril. — L'épanchement s'est reformé aussi abondant qu'auparavant. La dyspnée est redevenue considérable. La

malade qui jusqu'alors avait eu des alternatives de constipation et de diarrhée, est prise d'une diarrhée continuelle. Elle va en s'affaiblissant de jour en jour et meurt le 8 avril sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

**AUTOPSIE** 36 heures après la mort. — Pas de putréfaction. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une quantité considérable, environ cinq litres, d'un liquide trouble, d'une coloration jaune rougeâtre. On aperçoit alors une masse volumineuse occupant les trois quarts supérieurs de la cavité abdominale formée par le grand épiploon épaissi, sur lequel on remarque de nombreux nodules graisseux et un semis très-abondant de petites granulations arrondies, saillantes, blanches, variant de la dimension d'un grain de millet à celle d'une lentille. Ces granulations offrent sous le doigt une résistance qui donne la sensation d'une peau de chagrin à grains volumineux. A sa partie inférieure, l'épiploon adhère par des brides celluluses lâches à la paroi antérieure de l'abdomen. Au-dessus de lui, se voit l'estomac fortement dilaté, recouvert en partie par le foie volumineux, d'une couleur jaune paille.

Le quart inférieur de la cavité abdominale est occupé par deux poches kystiques chacune du volume d'une tête de fœtus à terme. Leur paroi mince, rougeâtre, sillonnée de nombreux vaisseaux, ne présente pas de nodules cancéreux à sa surface. Par une éraillure faite à l'une d'elles s'échappe un liquide jaune citrin. En enlevant l'épiploon on voit le paquet intestinal dont les circonvolutions, fortement injectées, sont agglutinées par de nombreuses adhérences celluluses. Sur la surface de l'intestin et sur le mésentère se remarquent aussi de nombreuses granulations cancéreuses, analogues à celles de l'épiploon. Sur le mésentère c'est surtout au niveau de la dernière portion de l'iléon qu'elles sont abondantes, disposées sous forme d'arborisations vasculaires. Elles affectent la même disposition sur le mésocolon transverse jusqu'au niveau du diaphragme.

Les kystes, une fois la masse intestinale enlevée, apparaissent développés aux dépens de l'aileron postérieur des ligaments larges, le corps de l'utérus étant accolé immédiatement à leur face antérieure. Latéralement ils adhéraient légèrement à la paroi abdominale.

Les organes intra-pelviens étant enlevés en masse, la paroi abdominale interne bien mise à nu, on constate que ses faces antérieure et latérale présentent surtout dans leur moitié inférieure un semis de nodules, les uns disséminés sans ordre et cela surtout pour la moitié gauche; les autres sont disposés plutôt suivant des séries linéaires, par places confluentes, dirigés ainsi de bas en haut, dessinant en quelques points

des troncs vasculaires, avec leurs anastomoses et leurs branches de bifurcation. D'autres enfin forment des plaques à contours irréguliers ; ils remontent ainsi jusqu'au diaphragme sur la face inférieure duquel ils sont très-abondants, se touchant par leurs bords, le constellant d'innombrables saillies. Si maintenant nous examinons les organes intra-pelviens, nous constatons que l'utérus a perdu sa forme, qu'il est allongé, cylindroïde, son tissu est ferme, résistant, comparable à celui d'un corps fibreux.

De chaque côté de l'utérus se trouvent les deux parties kystiques dont nous avons parlé. L'une plus volumineuse à droite, en arrière et en haut adhère en une certaine étendue au corps de l'utérus ; l'autre lui est moins intimement unie, elle est en rapport avec son bord gauche. Comme nous l'avons dit, elles contiennent un liquide jaune citrin. En unissant leurs parois on voit que leur cavité est subdivisée par des loges secondaires, les unes complètes, les autres formant seulement des alvéoles sur leur face interne. Dans l'épaisseur des parois postérieures de ces deux kystes se trouvent logés les deux ovaires de volume normal. En les incisant on voit que leur tronc est dégénéré. L'ovaire gauche est transformé en une bouillie blanche caséuse. Le droit, plus résistant, ayant encore conservé sa forme, présente une masse d'un blanc grisâtre sur laquelle se distinguent encore les deux couches de l'organe. La vessie est saine, sauf quelques nodules sous-séreux. L'*intestin* présente aussi une muqueuse parfaitement saine, tous les nodules cancéreux étaient aussi sous la séreuse. *Foie volumineux*, dégénérescence graisseuse avancée par des noyaux cancéreux dans son épaisseur, mais quelques granulations sur la vésicule biliaire et sur l'épiploon gastro-hépatique. *Rate* petite, ferme. *Reins* jaunâtres, anémiés, légère dégénérescence graisseuse. Ces organes, pas plus que l'estomac, ne présentent trop de noyaux cancéreux.

*Cavité thoracique.* — Le *poumon droit* est réduit environ au tiers de son volume et refoulé par un liquide trouble séro-sanguinolent le long de la gouttière vertébrale, et dans le cul-de-sac supérieur de la plèvre. Quelques adhérences celluluses au sommet ; le tissu du poumon est carnifié, ne crépite plus qu'un peu au sommet, partout ailleurs il va rapidement au fond de l'eau. Le *poumon gauche* est sain, un peu d'emphysème au sommet et de congestion à la base. Pas de liquide dans la plèvre de ce côté, pas non plus dans le péricarde. Le cœur est volumineux. Pas de lésion d'orifice. La face inférieure du diaphragme, le péricarde et la plèvre pariétale gauche ne présentent rien à signaler. Le tiers inférieur de la plèvre pariétale droite, surtout contre la gouttière vertébrale,

présente quelques plaques analogues à celles du péritoine et des nodules cancéreux, les uns confluent, d'autres disséminés. Tout autour, sur une surface de cinq centimètres carrés environ, fausses membranes vascularisées donnant une coloration rouge à la plèvre et s'enlevant par le grattage.

*Cerveau et moelle*, rien à signaler. La bouillie caséuse de l'ovaire gauche, portée sous le microscope, s'est montrée composée de grandes cellules à parois irrégulières, les unes arrondies, d'autres en croissant, d'autres ramifiées, toutes renfermant de nombreuses granulations, des noyaux multiples et des gouttelettes de graisse. Un fragment de l'épiploon à un point où il était resté mince, nous a montré une prolifération active de son tissu, renfermant beaucoup de jeunes éléments et sur un petit point de la taille d'une tête d'épingle arrondi, bien régulier, de grandes cellules tassées les unes contre les autres; le peu de transparence de la préparation ne permettant pas de saisir les détails de leur agencement.

L'examen histologique de l'ovaire droit et des noyaux péritonéaux nous a permis de constater qu'il s'agissait d'un carcinôme, la tumeur était formée essentiellement par des alvéoles remplies de grandes cellules.

En résumé, cette observation nous semble intéressante par la généralisation rapide d'un cancer très-peu avancé des ovaires, par la localisation des noyaux cancéreux aux séreuses, et enfin par ce fait que l'épanchement pleural était hémattique, bien que les noyaux cancéreux de la plèvre aient été très-petits et non ulcérés, mais grâce à la présence de minces fausses membranes.

---

*Séance du 26 avril.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**10. Hernies multiples chez un enfant à la mamelle ;**  
par Ch. FÉRÉ.

Tr., Léon, né le 16 janvier 1878, reçu à l'hospice des Enfants-Assistés le 2 février, entre dans le service de M. GUÉNIOU avec une conjonctivite purulente bi-oculaire. L'ombilic est cicatrisé et présente une conformation normale, dépression en

croissant à concavité supérieure ; l'enfant est maigre, mais tête bien.

10 *février*. La dépression ombilicale s'est effacée et il existe une tumeur du volume d'une petite noisette recouverte par une peau lisse et sur le sommet de laquelle on reconnaît la trace de la cicatrice ombilicale. Les parties contenues dans la hernie se réduisent facilement sans bruit, et après la réduction on sent au niveau de la cicatrice profonde une ouverture qui, au toucher, paraît à peu près régulièrement circulaire, et laisserait passer une sonde ordinaire. La réduction se maintient tant que l'enfant est au repos, mais la hernie se reproduit au premier mouvement ou s'il crie.

12 *février*. M. Guéniot applique un bandage en diachylon constitué : 1° d'une pelote carrée, formée de deux plaques d'amadou recouvertes par des bandelettes de diachylon enroulées, de telle sorte que la surface emplastique soit tournée en dehors pour adhérer à la fois à la peau et au bandage ; 2° d'une bande de diachylon de 4 à 5 centimètres de large dont le milieu est appliqué sur la pelote, et dont les deux chefs vont obliquement se croiser en arrière en suivant la direction des côtes.

15 *février*. On voit apparaître dans l'aîne droite une tumeur allongée suivant la direction du pli, mais faisant à peine saillie à l'orifice externe du canal inguinal, dont l'ouverture n'admettrait pas la pulpe du petit doigt ; elle est réductible, mais sort au cri. Les deux testicules sont au fond du scrotum. Comme le bandage ne fut appliqué qu'au bout de huit jours, la hernie eut le temps de descendre dans le fond du scrotum, l'anneau s'est élargi, laisse pénétrer le petit doigt. Le testicule est situé en arrière, en bas et en dedans ; quand on a réduit l'intestin, il conserve sa position. La hernie est facilement maintenue réduite par le bandage.

10 *avril*. On enlève le bandage ombilical qui s'est maintenu à peu près intact et sans altérer la peau. Les cris ne provoquent plus de saillie au niveau de l'ombilic et on sent à peine l'anneau. Le bandage inguinal contient bien la hernie, mais elle descend sitôt qu'on l'enlève, l'orifice externe du canal reste dans le même état. La conjonctivite est guérie, mais l'enfant est pâle et toujours chétif.

15 *avril*. Diarrhée verte, amaigrissement rapide, fièvre. On trouve dans l'aîne gauche, à la partie externe, une légère saillie qui n'arrive pas jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

20 *avril*. L'enfant continue à dépérir sans toux, sans convulsions, etc., sans aucun signe physique appréciable du côté des organes splanchniques, seule la diarrhée persiste avec la fièvre.

**AUTOPSIE.** — Tuberculose miliaire généralisée (poumon, foie, rein, capsules surrénales, rate, intestins, péritoine; rien dans les méninges). Du côté du péritoine la cicatrice ombilicale ne présente plus qu'un infundibulum dans lequel pénètre l'extrémité d'une sonde cannelée.

A gauche, l'orifice interne du canal inguinal est dilaté, il a 6 millimètres de large; le cul-de-sac péritonéal se rétrécit bientôt brusquement, et dans sa moitié interne il laisse tout juste passer un stylet; il se termine au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. La partie dilatée qui formait le sac herniaire était vide, l'intestin se sera sans doute dégagé au moment de l'ouverture du ventre. Le cordon fait saillie et apparaît nettement par transparence sur la paroi interne de l'infundibulum péritonéal.

A droite, on trouve le cœcum avec 2 centimètres d'intestin grêle engagé dans le sac, au fond duquel l'extrémité de l'appendice a contracté des adhérences solides déjà anciennes, de sorte que, quand on réduit par traction l'intestin, on retourne le sac complètement. Si, au contraire, on fait la réduction par des pressions externes sur le sac, on réduit le cœcum, mais l'appendice ne rentre qu'en partie; il est probable qu'il en était de même pendant la vie, et que le bandage comprimait l'appendice, c'est ce qui explique la rougeur de cette partie de l'intestin et du fond du sac; les adhérences de l'appendice reconnaissent peut-être aussi cette origine. Le sac est complètement distinct de la vaginale, comme à gauche le cordon dans la portion intra-inguinale est très-apparent sous le péritoine, tout autant que dans la portion pelvienne. A partir de l'orifice externe du canal, on n'aperçoit plus le cordon à travers les parois du sac. Cet aspect du cordon rapproché de la disposition du diverticule péritonéal du côté opposé suffit-il pour décider si on a affaire non pas à une hernie inguinale externe ordinaire, mais à une hernie funiculaire congénitale?

**11. Hémorrhagie du centre ovale (faisceaux fronto-pariétaux supérieurs);** par E. QUENU, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 78 ans, service de M. DESNOS, hôpital de la Pitié, a été frappé d'une attaque d'apoplexie, hier, en descendant un escalier. — Le jour de son entrée, 3 avril, X. a, repris connaissance, il comprend ce qu'on lui dit, mais l'intelligence est restée obtuse; il paraît comme endormi, et il faut insister beaucoup, pour lui faire balbutier une réponse. Le membre supérieur gauche est complètement paralysé; quand on le soulève, il retombe sur le lit comme une masse. Le



membre inférieur gauche est flasque également, mais à un degré moindre ; la sensibilité est conservée intacte dans tous ses modes. La face n'est pas atteinte : il n'y a ni déviation des commissures labiales, ni asymétrie du reste de la face. Les doigts, la main et l'avant-bras gauches présentent un peu de contracture, les artères radiales sont flexueuses et indurées. En outre, le malade a de la fièvre et toussé, les pommettes sont rouges, animées, la langue est sèche, la respiration fréquente. Quelques râles sous-crépitaux à la base du poumon gauche.

Ni la vessie ni le rectum ne sont paralysés ; le 5 la contracture a en grande partie disparu : il reste seulement un peu de raideur des doigts qui sont fléchis dans la paume de la main et qui reviennent à la flexion quand on les en écarte.

Les jours suivants, aucun changement dans l'état des membres ; l'abattement devient plus considérable, et la mort survient le 9 avril, probablement causée par la pneumonie.

AUTOPSIE (1). — La *dure-mère* adhère aux os du crâne ; cette membrane n'est pas épaissie, et sa surface interne est lisse en tous ses points.

Les *artères* de la base sont athéromateuses. Le *lobe gauche* du cerveau est sain. Rien à noter dans la protubérance, les pédoncules cérébraux, le cervelet, ni le bulbe.

Avant de procéder aux coupes, nous notons sur la face externe de l'hémisphère droit, une surface qui semble moins ferme que le reste de l'encéphale, au niveau de l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante : le foyer est tellement superficiel en un point, qu'une partie de son contenu, un caillot noir, récent, s'échappe par une petite déchirure qui se fait sous nos yeux, au fond du sillon vertical séparant le lobule paracentral du lobe carré.

Nous avons pratiqué les coupes verticales et parallèles au sillon de Rolando, préconisées par M. Pitres (th. inaug. 1877).

1° C. pédiculo-frontale. Rien d'anormal.

2° C. frontale. La substance blanche du faisceau frontal supérieur a, dans l'étendue d'un demi-centimètre carré, une coloration rosée, et une consistance plus molle nous indiquant que nous ne sommes pas loin du foyer. (V. Pl. 1. A.). En effet, une coupe passant par le sillon de Rolando nous montre l'extrémité antérieure de ce foyer, qui ne mesure encore que 13 millim. de long sur 3 millim. de large, et ne s'enfonce en avant dans le faisceau frontal supérieur que de 4 millimètres environ. (V. Pl. 1. B.). Le faisceau frontal supérieur n'est donc

---

(1) Trois dessins ont été déposés dans l'Album de la Société.

intéressé que dans une très-petite étendue et seulement dans son quart postérieur.

3° C. pariétale, V. Pl. 2. Le faisceau pariétal supérieur est en partie détruit par un foyer hémorragique limité en dedans par la substance grise du lobule paracentral. Le sang a refoulé l'écorce grise qui lui forme paroi principalement en haut, où le sang arrive presque sous la pie-mère. La paroi externe est irrégulière et constituée par la substance cérébrale déchiquetée et fortement colorée par l'imbibition.

Dimensions du foyer sur cette coupe :  $\left\{ \begin{array}{l} \text{hauteur 4 cent.} \\ \text{largeur 4 millim.} \end{array} \right.$

4° C. pédiculo-pariétale (V. Pl. 3). Le foyer mesure à peu près la même hauteur (3 c. 8), mais il est beaucoup plus large (11 millim.) et une grande partie du faisceau pédiculo-pariétal supérieur (un peu plus de la moitié supérieure) est détruite.

Plus en arrière encore, une coupe verticale passant par la scissure perpendiculaire externe nous montre un tissu cérébral sain. L'extrémité postérieure du foyer répond à peu près à un plan vertical divisant le lobe carré en 2 parties égales et il semble là que les faisceaux blancs aient été refoulés et tassés plutôt que détruits.

En résumé, la lésion occupe une très-petite partie du faisceau frontal supérieur, la plus grande partie du faisceau pariétal supérieur et la moitié supérieure du faisceau pédiculo-pariétal supérieur qu'elle dépasse même en arrière, le foyer était rempli, nous l'avons dit, par un caillot cruorique. Le corps strié et la couche optique ne présentent pas d'altérations.

*Cœur*, endocardite chronique: deux des valvules sigmoïdes de l'aorte sont incrustées de matières calcaires. Plaques blanchâtres et dures sur les piliers de la valvule mitrale. La crosse de l'aorte est dilatée et sa face interne recouverte de plaques d'athéromes.

Les *poumons*, surtout le gauche, sont fortement congestionnés: le gauche offre à sa base des îlots de pneumonie lobulaire allant au fond de l'eau. Il existe quelques petits noyaux d'apoplexie sous la plèvre.

La *muqueuse gastrique* n'est pas ecchymosée, les *reins* sont petits, lobulés, la substance corticale est atrophiée et le siège de plusieurs petits kystes, quelques dépôts uratiques dans les tubes droits.

**12. Mal de Pott dorsal avec abcès par congestion et paraplégie. — Déformation sans compression de la moelle ; par M. PASTBAU, externe des hôpitaux.**

La nommée B. F..., née à Biéla (Italie), âgée de 58 ans, femme de ménage ; tempérament lymphatique, constitution faible. Entrée le 8 avril 1878, salle Sainte-Agnès, lit n° 4. (Service de M. CUSCO.)

Restée en médecine depuis onze mois dans l'ancien et le nouvel Hôtel-Dieu, elle a été transférée en chirurgie le 8 avril dernier. Elle présentait, à ce moment, une faiblesse musculaire généralisée et un abcès froid saillant à l'extérieur de la région dorso-lombaire, ainsi que des traces d'un cautère au même niveau. L'apophyse épineuse de la neuvième vertèbre dorsale proémine au dehors, les deux autres un peu moins, puis le reste rentre dans l'ordre. Il y a *paraplégie, sans incontinence*, mais avec persistance de mouvements réflexes très-accusés. L'abcès fut drainé deux jours après, mais la malade ne tarda pas à succomber le 24 avril.

L'AUTOPSIE, faite trente-six heures après la mort, nous a permis de constater les lésions suivantes :

1° *Cerveau*. — Normal ; 2° *Cavité abdominale*. — Rate ramollie et diffluente. — Foie ictérique, cirrhone au début. — Bile, couleur sépia ; 3° *Cavité thoracique*. — Poumons : quelques légères adhérences ; quelques noyaux de tubercules disséminés. — Cœur : surcharge graisseuse.

Le long de la colonne dorsale et à gauche, on trouve un vaste foyer ancien, circonscrit par une membrane très-épaisse. Les parois sont en rapport avec la face postérieure de l'aorte thoracique et la face latérale gauche de la colonne dorsale. La levée du corps à heure fixe ne nous a pas permis de rechercher la communication possible entre ce foyer d'abcès froid et celui qui a été drainé sur le vivant. Le corps de la vertèbre proéminente est à peu près complètement détruit, ainsi que les disques intervertébraux correspondants ; il est réduit à une mince lamelle irrégulière de tissu spongieux qui ne mesure qu'un millimètre d'épaisseur. Cette destruction d'un corps vertébral rend compte de l'affaissement de la colonne et de l'angle saillant à l'extérieur. Les corps de quelques autres vertèbres contiguës sont aussi érodés, surtout en avant dans toute leur hauteur, mais sont atteints peu profondément. Quoique la première vertèbre altérée baigne entièrement dans le liquide purulent, il est facile de constater en soulevant la néo-membrane qui recouvre la méninge à ce niveau que la moelle n'est nullement endommagée.

**RÉFLEXIONS.** — Il nous a paru intéressant de rapprocher cette observation de celles qui sont consignées dans la thèse de M. le Dr Michaud, sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral, produisant ces affections par compression lente de la moelle.

Nous insisterons sur ce point particulier qu'il n'y avait point trace de compression de la moelle, seulement incurvée dans le canal vertébral. En effet, comme la moelle est bien loin d'occuper la totalité du calibre de ce conduit, Bouvier (*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, p. 16) fait remarquer qu'il suffit simplement que la moelle cesse d'être concentrique à son enveloppe osseuse pour être par là soustraite à la compression. « Aussi comprend-on, dit-il, que le degré de flexion le plus considérable de l'os peut ne pas léser les fonctions de la moelle.

Nous ne pouvons affirmer, en présence de la paraplégie, qu'il y ait eu myélite par propagation, l'examen histologique n'ayant pu être fait.

**13. Leucémie ganglionnaire. — Insuffisance mitrale par myocardite;** par J. DEJERINE, interne des hôpitaux.

Le nommé D..., 23 ans, ajusteur mécanicien, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 5, le 30 mars 1878, service de M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Aucun antécédent de famille. — Pas de syphilis. — Aucune maladie antérieure. — Pas d'habitudes alcooliques. — Travail assez pénible, mais éprouvant peu cet homme qui était très-robuste.

Bonnes conditions hygiéniques. Il y a environ quatre mois (commencement de décembre 1877), sans cause bien appréciable (quoique le malade croit y voir les suites de coups reçus un mois auparavant), parut sur l'angle du maxillaire inférieur une tumeur dont le malade ne s'aperçut d'abord pas lui-même, tellement elle était indolente, et qu'on lui signala lorsqu'elle atteignit la grosseur d'une noisette. Cette tumeur, en trois semaines au plus atteignit la grosseur à laquelle nous la trouvons aujourd'hui. Un mois plus tard (janvier) apparurent simultanément des tumeurs semblables dans les aines et dans les aisselles; elles atteignirent le degré de développement qu'elles présentent aujourd'hui, dans un laps de temps de deux mois. Depuis ce moment (mars), elles sont restées complètement stationnaires. Vers le milieu de janvier, était apparue une tumeur semblable vers l'angle droit du maxillaire, laquelle a cessé de se développer depuis quelque temps, au dire du malade.

Toutes ces productions n'ont apporté aucun trouble dans les fonctions. La déglutition s'accomplit avec autant de facilité que précédemment. La respiration également. Elles sont absolument indolentes. L'appétit est resté bon. Pas de vomissements. Le malade ne signale que de l'amaigrissement et une teinte blanche de la peau, néanmoins, lorsqu'on l'interroge, il se rend bien compte d'un certain degré de faiblesse générale qu'il éprouve depuis quelque temps et qui augmente de jour en jour.

*30 mars. Etat actuel.* — Le malade paraît affaibli, présente une teinte blanc jaunâtre très-prononcée (anémie cachectique). Hypertrophie ganglionnaire généralisée; les ganglions antérieurs et postérieurs forment le long du sterno-mastoi-dien, une chaîne de ganglions dont les plus volumineux atteignent la grosseur d'un marron. A chaque aisselle, amas ganglionnaire, congloméré, formant une tumeur du volume du poing.

Dans les aines, au niveau de l'arcade crurale et disposées suivant une ligne verticale, se trouvent des masses formées de ganglions hypertrophiés et réunis entre eux.

Sur toutes ces productions ganglionnaires, au cou, aux aisselles et aux aines, la peau ne présente aucune adhérence et le tissu cellulaire périganglionnaire paraît normal.

*Viscères.* — Les poumons ne présentent rien de particulier, si ce n'est à droite au niveau de la bronche en arrière où il y a de la tendance à l'expiration prolongée; à ce niveau, la tonalité est un peu plus élevée et la résistance au doigt plus marquée.

Pas de signes de compression bronchique, ni œsophagienne.

*Cœur.* — Souffle systolique de la pointe; ce souffle est fort rude et a son maximum au-dessus du mamelon. Rien à la base. Insuffisance mitrale sans hypertrophie apparente, pas de frémissement. La *rale* dépasse les fausses côtes de 3 travers de doigt. La région n'est pas douloureuse. Le *foie* ne paraît pas avoir changé de volume. Depuis 15 jours la diarrhée n'a pas diminué, le malade va à la selle 7 ou 8 fois par jour, pas de méloëna. Rien du côté de l'appareil urinaire. Nuage d'albumine. L'exploration abdominale est rendue difficile par un certain degré de tympanite. Œdème très-léger du membre inférieur. Traitement par l'iodure de potassium et les toniques.

*Etat actuel.* — La diarrhée persiste toujours avec la même intensité.

*16 avril.* La diminution des masses ganglionnaires s'accroît de plus en plus. L'urine contient un nuage d'albumine. Prostration de plus en plus marquée.

17 avril. Le malade se plaint d'une très-forte oppression. Plus d'albumine. Etat général de plus en plus mauvais, le souffle du cœur a un peu diminué d'intensité : d'ailleurs, la respiration est tellement bruyante que l'auscultation du cœur est assez difficile.

Mort 17 avril au soir. L'examen du sang a été pratiqué tous les jours, à partir de l'entrée. Voici le procédé que nous avons employé, et qui, bien qu'il ne donne pas de résultats aussi exacts que les procédés de Hayem et de Malassez, est cependant suffisant dans le cas actuel, pour la numération des leucocytes. On sait que, lorsque l'on examine une préparation de sang avec l'objectif 3 et l'oculaire 1 de Næstel, on voit en moyenne 3 leucocytes par champ microscopique (Cornil et Ranvier) ; or, dans tous nos examens le nombre des leucocytes s'est trouvé beaucoup plus élevé ; au début, on en trouvait en moyenne 25 ou 30, chiffre qui tomba à 12 ou 15 dans la dernière semaine de la vie du malade. Ces globules blancs se montraient avec leurs caractères habituels et ne nous ont paru rien présenter de particulier. Le nombre des globules rouges paraissait diminué, mais à cet égard nous ne pouvons rien dire de précis, car nous n'avons pas pratiqué la mensuration ; une chose toutefois nous a frappé, c'était la pâleur du sang, et, bien qu'elle puisse tenir en partie à l'augmentation des leucocytes, elle nous a paru surtout dépendre dans le cas actuel de la faible quantité d'hémoglobine contenue dans les globules rouges, dont la coloration était beaucoup plus pâle qu'à l'état normal.

Pendant toute la durée de son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade a présenté un état fébrile très-accusé. Chaque soir, le thermomètre montait à 40°, 40° 5 ; avec une rémission matinale qui oscillait entre 0° 5 et 1°, 5.

AUTOPSIE 29 heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique. En disséquant les régions inguinales, on constate dans chacun des triangles de Scarpa, des masses ganglionnaires (lymphômes) d'un volume variant de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon et même davantage ; leur nombre est de 6 à 8. Les tumeurs de l'aîne gauche pèsent 70 grammes ; du côté droit, elles sont un peu plus volumineuses. Dans chaque aisselle, on trouve des masses ganglionnaires analogues, mais d'un volume supérieur à celles des aines ; celles de l'aisselle droite pèsent 70 grammes. Le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien et dans le triangle sus-claviculaire, on trouve des masses analogues, mais plus petites.

*Cavité thoracique.*—Chaque plèvre contient environ 200 grammes de sérosité jaunâtre. Le long de la trachée et de l'œso-

phage on trouve un chapelet de gros ganglions se continuant en haut avec ceux du triangle sus-claviculaire et avec ceux du sterno-mastoïdien, en bas avec une masse semblable, du volume du poing, englobant la bifurcation de la trachée et de l'artère pulmonaire et la crosse de l'aorte; cette masse est recouverte en partie, à sa partie antérieure par le thymus considérablement hypertrophié.

Cette masse est, comme celles des aisselles et des aines, formée par des ganglions hypertrophiés, mais ici, ils sont d'une couleur gris de fer et fortement pigmentés en noir par places; la bronche droite, est entourée dans la moitié inférieure de sa circonférence, par un de ses ganglions du volume d'un œuf de pigeon. Tous ces lymphômes ont une consistance ferme. A la coupe, ils ne présentent aucune trace de foyers caséeux. Ceux du tissu cellulaire sous-cutané sont gris-rosé et un peu friables. Les poumons sont le siège de congestion oedémateuse. Pas de granulations tuberculeuses. Pas de lymphômes dans leur parenchyme.

*Cœur.*— Quelques grammes de sérosité dans le péricarde. Pas de péricardite, pas de plaques laiteuses sur les feuillets de la séreuse. Pas de graisse sous le péricarde viscéral. Pas d'insuffisance aortique, pas de rétrécissement, ni d'insuffisance mitrale, pas d'altérations de l'orifice tricuspide. Le myocarde est très-altéré, il présente au plus haut degré la teinte jaunâtre, feuille morte. Il est mou, flasque, s'affaisse sur la table de l'amphithéâtre. Les piliers de la valvule mitrale présentent la même teinte feuille morte et sont, comme le reste du cœur, atteints de dégénérescence graisseuse très-avancée.

*Foie*, très-volumineux, poids 2,145 gr., très-mou, aspect légèrement graisseux; en regardant obliquement la surface de coupe on voit, suivant le trajet des vaisseaux, surtout à la périphérie des lobules, des points blancs, du volume d'une tête d'épingle, parfois davantage (stase leucocythique ou lymphomes.) Pas de dégénérescence amyloïde.

*Reins.*— Volume normal, pas d'adhérences de la capsule. Congestion manifeste des étoiles de Verheyen. Anémie de la substance tubulaire. Stries vasculaires très-marquées de la substance corticale, alternant avec d'autres stries d'un blanc jaunâtre (tuméfaction trouble des épithéliums). Pas de dégénérescence amyloïde.

*Intestin.*— Hypertrophie des follicules clos du gros intestin. Dans l'intestin grêle, les plaques de Peyer ne présentent aucune espèce d'altération; une seule cependant est altérée, c'est la dernière, au niveau de la valvule iléo-cœcale, elle présente une ulcération à bords taillés à pic, ayant détruit une partie de la couche musculaire.

*Raté* volumineuse, débordant de 4 travers de doigt les fausses côtes. Poids 635 gr. Pas de lymphômes. Les corpuscules de Malpighi ne sont pas plus apparents que d'habitude. Pas de dégénérescence amyloïde.

*Estomac.* — Congestion intense de la muqueuse, avec infiltration noirâtre (hémorrhagie). Le pancréas ne présente, à l'œil nu, rien de particulier.

*Encéphale.* Anémie cérébrale. Rien à noter sur les différentes coupes du cerveau et du cervelet. Pas d'amas de globules blancs dans les veines de la pie-mère. La moelle osseuse du tibia et des vertèbres lombaires ne présente, à l'œil nu, aucune espèce d'altérations.

*L'examen microscopique* des différents viscères, pratiqué au laboratoire de M. le Dr Vulpien, nous a révélé les altérations suivantes :

*Masses ganglionnaires.* — Les lésions sont celles du lymphôme et sont des hypertrophies ganglionnaires; des coupes minces, traitées par le pinceau, y montrent le réticulum caractéristique du tissu adénoïde, dans les mailles duquel sont d'innombrables cellules lymphatiques.

Dans le foie, ces lésions présentaient des particularités intéressantes. À l'œil nu, on voyait, à la périphérie des lobules, des petits points blanchâtres, de forme irrégulière, et suivant la disposition des vaisseaux. Sur des coupes minces du foie, préalablement durci par la gomme et l'alcool, les lésions se délimitaient de la façon suivante. À un grossissement de 60 d., on voyait sur chaque coupe de petits amas de globules blancs, siégeant de préférence au niveau des espaces portes et ne se montrant qu'exceptionnellement au centre du lobule. À un plus fort grossissement, 300 d., et après avoir traité la préparation avec le pinceau, on voyait très-nettement qu'il s'agissait non pas de dépôts, de thromboses de globules blancs, mais bien de petits lymphômes, avec leur tissu adénoïde, en tous points semblables à celui des ganglions hypertrophiés et circonscrivant des mailles remplies par des globules blancs. Ces petites tumeurs siégeaient presque exclusivement, comme nous l'avons dit, dans les espaces interlobulaires, et étaient parfois développées autour des branches de la veine-porte, dont les parois étaient alors réduites à leur tunique endothéliale.

Dans l'intérieur des lobules, nous n'avons jamais constaté la présence de globules blancs, soit en masse, soit isolés. Toutes les fois que, sur nos préparations, nous avons vu des globules blancs réunis en amas, nous avons toujours constaté qu'ils étaient au milieu d'un tissu adénoïde.

Dans les reins nous n'avons pas constaté la présence des



lymphômes, ni d'amas de globules blancs dans l'intérieur des vaisseaux.

*Cœur.* — Des fragments du ventricule gauche et des piliers de la valvule mitrale ont été dissociés, à l'état frais, dans l'eau distillée, et plongés ensuite pendant 24 heures dans l'acide osmique à 1 p. 0/0, d'autres fragments ont été placés dans l'alcool au tiers. Les fragments traités par l'acide osmique, puis dissociés et montés dans la glycérine, nous ont montré les altérations suivantes :

Au premier abord, on est frappé de voir combien l'acide osmique a agi sureux; à un faible grossissement les faisceaux musculaires paraissent absolument noirs. A un grossissement de 300 d., on constate qu'ils sont atteints de dégénérescence graisseuse portée à un point extrême. Les faisceaux primitifs sont remplis de granulations fortement colorées en noir, d'un volume atteignant quelquefois  $1\ \mu$ , mais généralement plus petites; sur un très-grand nombre de fibres ces granulations graisseuses se touchent toutes et la substance musculaire a pour ainsi dire disparu, sur d'autres l'altération est moins avancée. Cette dégénérescence graisseuse est aussi intense que celle que l'on observe sur certains muscles dans la stéatose phosphorée. Sur les préparations des fragments du muscle cardiaque, ayant séjourné dans l'alcool au tiers, pour en faciliter la dissociation, et traitées par le picro-carmin, nous n'avons pas observé de multiplication bien évidente des noyaux musculaires.

*RÉFLEXIONS.* — Cette observation nous paraît être un exemple très-net de l'adénie purement ganglionnaire, et, à ce titre, ne fait que rentrer dans la catégorie des faits analogues publiés jusqu'à ce jour. Un seul point dans cette observation nous paraît devoir être relevé, c'est celui qui a trait à la myocardite. Pendant la vie, l'existence d'un souffle rude, systolique, ayant son maximum à la pointe, souffle ayant en un mot les caractères attribués aux souffles dits organiques, nous avait fait admettre l'existence d'une insuffisance mitrale relevant d'une endocardite. A l'autopsie, la valvule mitrale et tout l'endocarde étaient dans un état absolument normal. Par contre, le myocarde et les piliers des valvules étaient fortement altérés à l'œil nu, et l'examen microscopique nous montra l'existence d'une myocardite graisseuse très-avancée, et ayant évolué très-rapidement, car, 8 jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade était encore à Saint-Louis dans le service de M. Guibout, et dans l'observation prise à ce moment là, et que notre excellent collègue, M. Oudin, a bien voulu nous remettre, le cœur était noté comme parfaitement normal. Cette myocardite avait donc dû évoluer dans un laps

de temps relativement très-court, deux semaines tout au plus, car dès son entrée dans le service le malade présentait un souffle systolique de la pointe dont le caractère était très-accusé, et qui ne commença à diminuer un peu que quelques jours avant la mort. En présence des caractères que présentait ce bruit morbide, nous croyons qu'il eût été difficile de ne pas commettre l'erreur de diagnostic que nous avons commise, et d'attribuer l'insuffisance de la valvule mitrale, à une altération du myocarde et des piliers valvulaires, plutôt qu'à une endocardite.

*Le secrétaire,*  
BARIÉ.

## MAI

*Séance du 3 mai 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

**1. Brûlures étendues. — Thrombose [veineuse des membres inférieurs; par LE CLERC, interne provisoire.**

Andrée Marie, âgée de 74 ans, entre le 26 février dans le service de M. VERNEUIL pour de larges brûlures qui occupent la face antéro-interne des deux cuisses, la face antérieure des jambes et une notable partie de l'avant-bras gauche. Cette femme, d'apparence assez vigoureuse et qui affirme s'être toujours bien portée raconte que la veille, son poêle s'étant renversé le feu se communiqua à ses vêtements et détermina les lésions qui l'amènent à l'hôpital et que nous avons énumérées plus haut. L'état général de cette femme n'est pas très-satisfaisant: langue sèche et noire, incontinence d'urine, douleur dans la région lombaire gauche, température élevée. La brûlure est au 3° degré.

4 mars. Temp. axil., 40°:

5 mars. T. axil. 39°. L'état général n'est pas meilleur. M. Verneuil, pour désinfecter la plaie, applique le pansement antiseptique ouvert (pulvérisation phéniquée 4 ou 5 fois dans les 24 heures — iariatane phéniquée sur les brûlures).

7 mars. Sous l'influence du pansement, la température s'abaisse, l'état général s'améliore, la langue perd sa coloration noire, mais continue à rester sèche. La malade mange de bon appétit.

13 mars. Les eschares tombent sans amener d'hémorrhagie.

15 mars. Suppuration presque nulle. La plaie est fort belle.

3 avril. Œdème des deux malléoles. Cordons durs dans le triangle de Scarpa. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Rien au cœur, rien à l'auscultation du poulmon. Le foie est douloureux et augmenté de volume. Eschare sacrée de la largeur de la paume de la main, aucune trace de cicatrisation au niveau de la plaie.

9 avril. L'œdème des malléoles remonte le long des jambes. Ventre ballonné: diarrhée. La langue se sèche de plus en plus. La température remonte à 39°, 39°5. Eschare rétro-calcanéenne à droite, sur le bord externe du pied gauche.

12 avril. L'eschare sacrée s'étend de plus en plus; déjà l'on peut voir manifestement les apophyses épineuses du sacrum.

16 avril. La malade tombe dans le coma et meurt le 19 avril.

AUTOPSIE. — Le foie est augmenté de volume et présente un commencement de stéatose. La rate est volumineuse, ramollie. Le rein gauche est petit, décortication difficile à la coupe, la région corticale est pâle, considérablement réduite. De plus, on aperçoit à la périphérie un infarctus récent. Le rein droit est plus volumineux, se décortique bien, trois infarctus jaunâtres à la périphérie.

Aucune altération intestinale à noter. Le cœur est en dégénérescence graisseuse. Rien à mentionner sur les valvules soit auriculo-ventriculaires, soit aortiques ou pulmonaires. Dilatation considérable de la crosse de l'aorte, plaques calcaires disséminées. Peu de lésions pulmonaires: congestion aux deux bases, pas d'infarctus. En disséquant le système veineux du membre inférieur, on trouve les deux veines iliaques externes, les deux fémorales distendues par un caillot jusqu'à l'anneau du 3° adducteur.

RÉFLEXIONS. — Deux particularités sont intéressantes dans cette nécropsie: les *infarctus du rein*, la *thrombose double*.

Les *infarctus* sont dus à des embolies parties des caillots périphériques. Arrêtés au niveau de la veine reinale par remous qui existe dans la veine cave inférieure, elles ont pénétré par la veine des deux glandes et sont venues s'arrêter à la périphérie du parenchyme. Telle est du moins l'explication proposée par notre maître, M. le professeur Verneuil.

La *thrombose* veineuse dans le cas de brûlure n'est pas signalée dans les auteurs classiques. Les détails les plus complets sur la question ont été rassemblés par Coustou dans sa thèse inaugurale (Paris, 1876. Des altérations viscérales et vasculaires dans les brûlures). Dans l'observation XI on trouve une thrombose de la veine fémorale et iliaque externe gauche survenant 39 jours après l'accident. A ce propos, l'auteur fait jouer un rôle non-seulement à l'épaississement du sang suivant la théorie ingénieuse de Baraduc, mais surtout à la cachexie du sujet pour expliquer la formation de cette thrombose. Dans notre observation, c'est le 41<sup>e</sup> jour de

l'accident qu'apparaît l'œdème malléolaire : sans rejeter l'irritation à distance, ne serait-il pas permis de penser à la participation de l'état cachectique pour expliquer la thrombose ?

**2. Tumeur cancéreuse du sein; généralisation du néoplasme;**  
par LE CLERC, interne provisoire.

Le 6 avril 1878 entrant dans le service de M. le professeur VERNEUIL, la nommée Ernestine B., âgée de 36 ans, et exerçant, à Paris, la profession de polisseuse.

Cette femme, qui a conservé son embonpoint, est rose, assez fraîche et n'accuse pas de maladies antérieures.

Il y a treize mois, elle devint enceinte pour la première fois. Sa grossesse fut heureuse, son accouchement non pénible. Cependant deux mois après la suppression de ses règles, elle vit apparaître sur le sein gauche une petite tumeur grosse comme une noisette, laquelle augmenta rapidement, parallèlement à l'utérus. Après l'accouchement, cette tumeur qui avait le volume d'une grosse tête de fœtus à terme, demeura stationnaire, et contre les espérances de la malade, confirmée par celles de son médecin, ne rétrocéda pas. Depuis deux mois même, il y a eu engorgement des ganglions axillaires et sous-pectoraux. D'ailleurs, jamais de douleurs bien vives : quelques élancements depuis huit jours, et surtout une gêne considérable.

À l'entrée, on trouve une tumeur arrondie, non bosselée. La peau, dans le segment supérieur, est sillonnée de veines dilatées. Dans le segment inférieur, la peau est d'un rouge violacé, parsemée de varicosités ; elle est adhérente. Le mamelon est peu rétracté. À la palpation, on trouve une tumeur dure, d'une consistance à peu près égale partout; toutefois, sur le segment inférieur, il y a une rénitence moins marquée en un point, comme s'il allait s'y former une dilatation kystique. La tumeur est indolente à la pression, mobile sur le grand pectoral.

M. Verneuil fit le diagnostic de tumeur mixte, développée en grande partie, aux dépens du tissu conjonctif, mais il émit l'idée qu'il pouvait y avoir quelques noyaux cancéreux disséminés dans toute la masse.

L'ablation fut faite le 12 avril, sous la poussière du thymol, après hésitation préalable ; car, à ce moment, on reconnut, dans la paroi abdominale, au niveau de la région épigastrique, une tumeur arrondie, lisse et mobile. M. Verneuil crut à un lipome et commença l'opération qui ne laissa pas que d'être pénible. En effet, on eut à arrêter une hémorrhagie venant d'une veine ganglionnaire, courte et tributaire de l'axil-

laire. On plaça trois pinces à demeure et l'on fit deux ligatures sur la veine axillaire. Notons en passant que l'hémostase ne fut pas très-difficile, grâce à une précaution prise par M. Verneuil, celle d'avoir divisé, avec l'écraseur, la partie moyenne des deux pectoraux ; au lieu d'opérer dans un puits, on manœuvrait ainsi à ciel ouvert.

Le pansement employé fut le pansement antiseptique ouvert (au thymol).

Le 12, dans la soirée, la malade va bien. Après une hémorragie assez abondante, après l'administration du chloroforme, il n'y eût ni phénomènes gastriques, ni vomissements ni ballonnement du ventre. La main gauche est engourdie, plus froide que du côté opposé. Légère teinte cyanique sous les ongles. Pas de gonflement. Intégrité de la motilité et de la sensibilité. Pouls plus faible que du côté opposé.

T. A. 37°, 6, avant l'opération ; 36°, 6, après ; 37°, 2, le soir.

13. — La malade n'a pas dormi, se plaint toujours de ses engourdissements. D'ailleurs la chaleur est revenue dans le bras gauche, et l'on ne retrouve plus la cyanose de la veille. Pas de douleur au niveau de la plaie. T. A. 39° le matin et le soir.

14. — T. A. matin : 38° ; soir : 39°, 2.

15. — Petite plaque d'analgésie sur le dos de la main. Il y a toujours des fourmillements. La langue est bonne. T. A. Matin : 38° ; soir : 38°, 6.

18. — La température reste toujours élevée : 38°, le matin ; 38°, 9, le soir. De plus la malade accuse de l'oppression et est tourmentée par une toux sèche. On procède à l'auscultation pour voir s'il n'y avait pas de pleurésie. La respiration s'entend dans les deux poumons ; on perçoit simplement des râles sibilants et ronflants, et quelques râles muqueux à la base droite. M. Verneuil croit à de la congestion surajoutée à de l'emphysème préexistant et prescrit la potion de Todd.

21. — Nouvel accès d'oppression ; mêmes signes du côté du poumon ; pas d'expectoration ni de frissons ; douleur à la face interne du genou droit ; rien à noter du côté des autres articulations, du foie et des reins. T. A. 38°, matin ; 39°, soir.

22. — Les règles sont revenues à leur époque fixe. La plaie est sèche et paraît avoir été faite quelques instants auparavant. Vers quatre heures du soir, deux frissons fugaces ; la malade est en sueur, le facies congestionné. T. A. matin : 38° ; soir : 39°, 4.

24. — La douleur du genou droit a disparu ; mais, au niveau du cubital antérieur, vers sa partie inférieure, on constate une tuméfaction rouge, douloureuse. La langue est sèche. T. A. matin : 38°, 4, 39°, 5 ; soir : 40°, 40°, 2.

Le soir, troisième attaque de suffocation. M. Verneuil crut à une série d'embolies dans le poumon, venant de la veine axillaire ; ce qui le confirmait encore dans cette idée, ce furent certains symptômes appartenant à la septicémie embolique : douleurs au niveau du genou, du cubital antérieur.

25. — La malade est changée ; son faciès est terreux, plombé depuis deux jours ; langue sèche, rôtie ; pouls rapide ; dyspnée continue. Rien de nouveau à l'auscultation. T. A. matin : 39°/6. Le soir, vers trois heures moins un quart, quatrième accès d'oppression ; perte de connaissance ; hémorrhagie secondaire artérielle. La mort arrivait à trois heures un quart.

AUTOPSIE pratiquée le 27 avril, 38 heures après la mort. — Les téguments sont d'un blanc mat, les lèvres décolorées. Le cadavre est bien conservé, sans traces de putréfaction. L'embonpoint est notable ; bref, même sur la table d'autopsie, on a sous les yeux un organisme robuste et non cachectique.

A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tumeur située dans la région épigastrique. Cette tumeur, développée aux dépens du lobe gauche du foie, est lisse, arrondie, du volume du poing. C'est cette tumeur cancéreuse qui avait donné lieu à l'erreur commise pendant la vie. Si l'on coupe cette masse suivant son axe, on la trouve ramollie et diffuse à son centre. Macroscopiquement parlant, on a affaire à un encéphaloïde. On ne trouve pas d'autres noyaux cancéreux dans le foie ; mais celui-ci est stéatosé dans toutes ses parties. Rien à noter dans les autres viscères de l'abdomen. Rien au cœur. Un verre de sérosité dans la plèvre. Adhérences anciennes. A première vue, la surface du *poumon* est irrégulière, parsemée de points saillants, durs et blanchâtres. Si l'on fait une section de l'organe suivant son diamètre vertical, on le trouve criblé de noyaux cancéreux, de grosseur variable. En somme, *il y a moins de parenchyme que de cancer*. Emphysème sur le bord antérieur ; congestion pulmonaire accentuée surtout du côté droit. On ne trouve aucun infarctus. Rien à noter du côté du cerveau. Une des particularités les plus intéressantes de l'autopsie était l'état du paquet vasculo-nerveux du creux axillaire : la veine sur laquelle on avait placé deux ligatures est oblitérée par deux caillots, l'un central, l'autre périphérique. Sur l'artère axillaire, on trouve une perte de substance assez considérable, expliquant trop bien l'hémorrhagie secondaire qui a emporté la malade.

La tumeur du sein a été examinée par M. le docteur Népveu, chef du laboratoire de la Pitié. Cette tumeur est de l'encéphaloïde dont on ne distingue les caractères qu'à la périphé-

rie. Le centre est constitué par une géode pleine d'une matière blanchâtre ramollie et diffuente. Comme l'étude de la tumeur n'est pas complètement achevée, nous ne pouvons donner plus de détails à son sujet.

RÉFLEXIONS. — 1° On n'a pu diagnostiquer le cancer du poumon.

2° Lorsqu'on opère un malade atteint de cancer viscéral, la blessure devient très-grave et cause presque constamment la mort, mais par un genre qui n'est pas décrit. Il n'y a ni érysipèle, ni lymphangite, ni pyohémie ; c'est une sorte de septicémie spéciale ;

3° On ne pourra éviter ces désastres que quand on aura des signes pour diagnostiquer la généralisation viscérale ;

4° Ces résultats malheureux doivent être exclus de la statistique, soit pour la salubrité d'un hôpital, soit pour la réussite d'un pansement.

Toutes ces conclusions sont celles de M. Verneuil, dans une clinique dont le sujet fut la malade dont nous rapportons l'observation. Nous pourrions peut-être ajouter ici une cinquième réflexion, fruit de l'expérience de notre cher maître : les artères dénudées pendant une opération sont prédisposées à l'altération, à l'usure de leurs parois, partant à la rupture et à l'hémorrhagie secondaire, comme le cas présent en est un exemple.

M. VERNEUIL. Je désire appeler l'attention de la Société sur le fait qu'on vient de vous présenter.

Il arrive malheureusement trop souvent qu'un certain nombre de malades, porteurs de néoplasmes quelconques : enchondrome, épithéliome, sarcome, etc., meurent par généralisation de la lésion dans tout l'organisme, alors que cette complication n'a pu être même soupçonnée, encore que le malade ait été examiné avec le plus grand soin.

Tout récemment M. Chuquet vous rapportait l'histoire d'une femme qui, sauf l'existence d'une tumeur fibro-plastique du mollet, pour laquelle elle venait nous demander des soins, paraissait d'une santé excellente ; je pratiquai l'amputation de la cuisse ; quelques jours après, cette femme, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne, fut prise de fièvre, de frissons répétés, et mourut quelques jours après. Les deux poumons étaient farcis de noyaux cancéreux, complication qui nous avait échappée complètement malgré toute l'attention qu'on portait à cette malade. En ville, j'ai déjà, pour ma part, opéré six fois des malades qui ont présenté de la généralisa-



tion cancéreuse dans tous les parenchymes, et chez lesquels il avait été impossible de prévoir cette fâcheuse condition. Chez l'un d'eux, porteur d'une énorme tumeur du cou qui avait dénudé la carotide, la mort survint par ulcération de ce vaisseau. Dans un autre cas du même genre que M. Nepveu a communiqué au Congrès de Nantes, il s'agissait d'un lymphosarcome qui avait peu à peu dénudé et ulcéré un gros vaisseau sanguin. En 1875, je dus pratiquer la castration chez un malade, âgé de 41 ans, atteint d'un sarcome du testicule. Cet homme paraissait malgré cela d'une santé florissante; je l'opérai, lui appliquai le pansement de Lister; quelques jours plus tard, des plaques de gangrène apparaissaient aux cuisses, et nous trouvions à l'autopsie d'énormes masses cancéreuses situées le long du rein et de la colonne vertébrale.

Pour ce qui se rapporte plus particulièrement à la malade dont on vient de vous présenter les pièces, j'ajouterai que mis en défiance par les faits dont je viens de vous entretenir, j'hésitais beaucoup à l'opérer; cependant vu son âge, son état de santé antérieur, sa vigueur actuelle, je me décidai à faire l'ablation de la tumeur. Vers le quatrième ou le cinquième jour qui suivit l'opération, la malade fut prise d'accès violents de suffocation; elle nous déclara d'ailleurs que, depuis longtemps elle était sujette à ce qu'elle appelait des accès d'asthme; d'ailleurs à l'auscultation pratiquée avec soin, matin et soir, on n'entendait que quelques râles sibilants disséminés. A l'autopsie, nous trouvâmes les poumons farcis de cancer.

Il est donc évident que des faits analogues doivent être assez fréquents; chaque chirurgien doit en compter quelques-uns dans sa pratique, et il serait bien utile de grouper tous ces cas qui ont un si puissant intérêt au point de vue de l'intervention ou de l'abstention chirurgicale. Il y aurait un chapitre très-instructif à écrire sous le titre : *Des opérations en cas de néoplasme généralisé*. Je rappellerai enfin que Billroth a donné une petite statistique qui montre bien la fréquence de ces cas : Sur 9 décès de malades opérées de cancer du sein, 3 ont été causés par la généralisation de la lésion.

M. BERGER rappelle qu'il a eu l'occasion de pratiquer la castration chez un homme porteur d'une énorme tumeur cancéreuse; le malade mourut peu de temps après par généralisation du cancer.

M. LANDOUZY. Un certain nombre de ces faits ont été observés chez des sujets jeunes ; il semble donc qu'il y ait là une certaine analogie entre cette marche rapide du cancer, sorte de carcinose aiguë, et la granulie.

**3. Invagination intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin. — Procidence de la tumeur et de l'intestin par l'anus ;** par MM. le docteur CHEVALLIER (de Segré), et S. CHAMBAR, interne des hôpitaux, répétiteur à l'École des Hautes Études.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique nous offre un exemple d'invagination intestinale et d'accidents d'étranglement interne déterminés par une tumeur polypeuse de l'intestin. Notre communication comprendra l'observation clinique, les résultats de l'autopsie et l'examen microscopique de la tumeur fait par l'un de nous au laboratoire d'histologie du Collège de France : elle est accompagnée d'un dessin de la pièce pris sur un croquis fait d'après nature par M. Malassez.

OBSERVATION par M. le docteur CHEVALLIER (de Segré). — Menard, garçon de 12 ans, est pris subitement, il y a sept mois, d'accidents d'étranglement interne. Arrêt des matières fécales, vomissements alimentaires et bilieux, douleur dans l'hypochondre droit. Au palper abdominal, sensation obscure de tumeur au niveau, à peu près, du côlon ascendant. Au bout de trois jours, retour des matières fécales en petite quantité. Douleurs atroces accusées par l'enfant sous forme de coliques, se répétant de 20 à 30 fois par jour, et ne cessant que par l'emploi de plus en plus abusif des injections hypodermiques de morphine. (L'enfant en a pris jusqu'à 0 gr. 50 par jour.) Aussitôt que l'effet du médicament cessait, les coliques reprenaient, l'enfant accusait parfois des douleurs pour pousser, d'autres fois des douleurs qui remontraient en boule (contraction péristaltique ou anti-péristaltique de l'intestin). La tumeur se déplaçait peu à peu, venant se placer sous le muscle du côté droit d'abord, puis, plus tard, sous le même muscle à gauche. Très-sensible à certains moments, beaucoup moins à d'autres. Le temps s'écoulait, l'enfant maigrissait et s'affaiblissait, cependant l'appétit persistait, l'intelligence était complète, et l'enfant, qui était intelligent, rendait compte de ses sensations : il lui semblait avoir « comme deux bosses dans le ventre. » Il y a trois mois environ, la tumeur, ayant atteint l'hypochondre gauche, fut pendant ce laps de temps difficile à sentir ; elle échappa même quelque temps à toute recherche. Il y a six semaines, au contraire, on retrouvait dans la fosse iliaque gauche un empâtement volu-

mineux très-caractérisé. L'enfant, à ce moment, eut des vomissements noir de café, abondants, durant une nuit, et à partir de ce moment, la tumeur étant tombée dans la fosse iliaque droite, très près du pubis, les grandes douleurs cessèrent ou diminuèrent au point qu'on dut abandonner complètement l'usage de la morphine. Alors survinrent de la difficulté de la miction, et, à la place des selles ovines, des selles dysentériques, sanglantes et glaireuses. Il est juste d'ajouter qu'il en avait eu de semblables tout au début de l'affection, alors que cédèrent les premiers symptômes d'étranglement. Les selles sanglantes continuèrent pendant quinze jours à trois semaines, puis les douleurs en poussant survinrent de nouveau, et, dimanche, 31 mars, il apparaissait au rectum et peu après à l'anus une tumeur volumineuse, dure, bosselée, mamelonnée et pédiculée, ayant l'apparence d'un polype fibro-musculaire. Au toucher rectal, on sentait au-dessus de cette portion herniée une autre partie malade, dure, bosselée, puis le doigt entra dans un anneau qui se contractait. Ayant pensé à l'écraseur pour enlever cette production morbide, le lundi 1<sup>er</sup> avril, je tirai légèrement la tumeur herniée et j'aménai une seconde tumeur de même nature que la première, avec cette différence que le point d'implantation était moins étendu. Le tout avait la forme d'une courge bilobée à son centre.

Au-dessous, il y avait un orifice par lequel le doigt reconnaissait, par le toucher, le calibre intestinal diminué; au contraire, tout autour de la masse herniée et située entre les cuisses de l'enfant, on pouvait toucher par l'anus et circonscrire de la sorte la tumeur. En un mot, on pouvait, à la fois, pratiquer le toucher dans le rectum et dans l'intestin invaginé.

L'enfant ayant été pris, dès le samedi, de vomissements bilieux incoercibles, et depuis la *sortie* du lundi n'ayant plus ramené de matières intestinales, présentait de nouveau des symptômes d'étranglement interne; toute idée d'opération fut abandonnée, et l'enfant succombait, en effet, le mardi 2 avril 1878, à huit heures du matin. Jamais l'enfant n'avait eu le teint cachectique jaune paille; il avait une bonne santé antérieure. Pour tout commémoratif : des affections intestinales (diarrhée de la première enfance), et un coup reçu à l'école deux mois environ avant le début du mal. Dans la famille, le père est maréchal et se porte bien; la mère a eu de nombreuses grossesses et a rendu une mole il y a environ trois à quatre ans. Les frères et sœurs du malade sont tous en bonne santé.

EN RÉSUMÉ, l'affection débuta subitement par les symptômes d'étranglement et je pensai, avec mon confrère, le docteur

Poidevin; à une valvule ou à une invagination. C'était, d'ailleurs, la vérité, mais nous ne pouvions nous expliquer la présence d'une tumeur dans l'hypochondre droit, et nous songions plutôt à un empâtement qu'à une tumeur véritable. Puis, la marche de l'affection nous déroula si bien que nous ne pouvions nous expliquer le tableau morbide qui se déroulait sous nos yeux. Enfin, la maladie avançait; lorsque nous sentîmes sous notre doigt, par le toucher, le polype. Nous nous expliquions tout et le dimanche même ou plutôt le lundi, alors que par le toucher nous pûmes entrer d'une part dans le calibre de l'intestin, de l'autre, par l'anus, circonscrire la tumeur, nous nous rendîmes compte de tout ce qui s'était passé depuis sept mois. L'invagination au début dans l'hypochondre droit, la migration singulière de cette tumeur tout le long du côlon transverse, du côlon, de l'S iliaque et du rectum, et je pus déclarer, en présence de plusieurs personnes, que le point d'implantation de la tumeur pouvait être reporté jusqu'au niveau du côlon ascendant, à la première portion du gros intestin.

*Examen de la pièce.* — Cette interprétation fut pleinement confirmée par les résultats de l'autopsie et par la dissection de la pièce. L'invagination était énorme: elle mesurait au moins 0<sup>m</sup>,30 à 0<sup>m</sup>,35, une portion du petit intestin, le cœcum, l'appendice iléo-cœcal et une portion du côlon ascendant s'étaient invaginés dans l'arc du côlon, avaient parcouru tout le reste du gros intestin, étaient sortis par l'anus et formaient un prolapsus de plus de 0<sup>m</sup>,25 de longueur. Une notable portion du mésentère avait suivi l'intestin et s'était invaginé avec lui. Au niveau de la portion moyenne du duodénum, l'épiploon formait une bride qui, tendue au-devant de l'intestin l'aplatissait entièrement. Au moment de l'ouverture du cadavre, cette bride, qui résultait sans doute du tiraillement produit par l'avancement progressif de la tumeur, parut avoir été la cause déterminante de la mort de l'enfant. Pas de traces de péritonite, le foie, la rate, le pancréas étaient sains. La famille s'opposa à ce que les cavités thoraciques et crânienne fussent ouvertes.

Il s'agit donc là d'une invagination à trois cylindres qui, en sortant par l'orifice anal, s'est transformée en invagination en deux cylindres. Si, en effet, on incise méthodiquement les tuniques intestinales, on constate ce qui suit:

Dans la portion encore contenue dans la cavité abdominale, on incise d'abord la partie inférieure du gros intestin qui constitue le cylindre invaginant. Cette incision met à nu une tumeur cylindroïde, bosselée et contournée sur elle-même qui est la partie supérieure du côlon. Une seconde incision

portant sur le cylindre moyen découvre l'intestin grêle et la corde mésentérique tous les deux fortement hyperémisés et présentant déjà quelques adhérences avec le cylindre moyen.

Dans la portion sortie de la cavité abdominale par l'anus, l'invagination n'est plus qu'à deux cylindres, et l'extrémité inférieure du cylindre interne, qui est constitué par l'intestin grêle, présente une tumeur polypeuse, pyriforme, dont les caractères extérieurs n'ont pu être bien appréciés, la pièce ayant été envoyée dans l'alcool, mais qui nous parut cependant, à première vue, formée de tissu fibreux. Cette tumeur était lisse, du volume d'une petite poire, aplatie transversalement ; sa base d'implantation, au niveau de laquelle s'arrêtaient les valvules conniventes de l'intestin grêle, était aussi entourée de petites tumeurs analogues, mais beaucoup moins volumineuses. Implantée sur la surface interne de l'intestin grêle, la tumeur principale paraît en occuper toute l'épaisseur. Et cependant longitudinalement on constate dans ses parties profondes et tout près de la face séreuse de l'intestin, de petits nodules arrondis dont l'un a été mis à part pour être soumis à l'examen microscopique.

Ainsi tout s'explique : 1° Les accidents du début étaient le commencement de l'invagination ;

2° Le cours des matières rétabli, la nature a pu suffire à faire progresser la tumeur dans un trajet aussi considérable, au prix d'atroces souffrances ; mais grâce à la morphine, la migration a été lente et il y a eu assez d'accoutumance de l'organisme pour permettre un changement considérable dans les rapports mutuels des organes intestinaux ;

3° Le vomissement marc de café, les selles sanglantes du début et de la fin s'expliquent d'eux-mêmes par des ruptures de vaisseaux pendant le voyage de la tumeur. Les selles glaireuses et dysentériques de la fin sont également expliquées par l'irritation du rectum comprimé par la tumeur ;

4° La mort par étranglement interne a été déterminée par cette bride épiploïque tendue sur le duodénum qui s'est formée peu à peu, et est arrivée à son maximum au moment de l'issue de la masse morbide par l'anus.

*Examen microscopique* (1) par M. CHAMBARD. — Des fragments de la tumeur sont durcis par macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes sont colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine picro-carminatée.

*Faibles grossissements.* — A de faibles grossissements on

---

(1) Dessin dans l'album de la Société.

est frappé de la vascularité de toute la partie de la tumeur. Dans certaines coupes, on aperçoit des nodules arrondis de 6 ou 8 millimètres de diamètre qui semblent presque uniquement constitués de vaisseaux et sont entourés d'une coque fibreuse. Ces nodules feront l'objet d'une étude spéciale.

*Forts grossissements.* — A de plus forts grossissements, le tissu de la tumeur est uniquement constitué par des faisceaux conjonctifs minces dirigés en tous sens ou disposés dans une direction parallèle, mais unis lâchement entre eux. Ces faisceaux forment des mailles d'autant plus larges qu'on se rapproche des couches profondes de la tumeur et qui contiennent une matière granuleuse et de nombreuses cellules muqueuses ainsi que des cellules du tissu conjonctif étoilées et volumineuses, semblables à celles que l'on rencontre dans le tissu muqueux normal ou pathologique. En outre, aux fibres du tissu conjonctif, se trouvent accolées un grand nombre de fibres musculaires lisses qui ne forment nulle part cependant de faisceaux ou de plans continus.

La tumeur est parcourue par des vaisseaux très-nombreux et extrêmement dilatés sans qu'on puisse cependant saisir aucune altération de leurs parois qui sont complètement développées. Les plus gros d'entre eux sont accompagnés d'une gaine de tissu fibreux qui, par son homogénéité, sa densité, contraste avec la cavité du tissu conjonctif qui constitue tout le reste de la masse pathologique. La surface de la tumeur est formée de tissu conjonctif dense également, parcouru par des vaisseaux fortement dilatés : on y rencontre des tubes cylindriques remplis d'un débris granuleux et parsemé de granulations grasses qui représentent, sans doute, les glandes en tube de la muqueuse intestinale atrophiées et remplies de cellules épithéliales entièrement dégénérées. Les couches les plus superficielles ne sont plus représentées que par une matière granuleuse ayant toute l'apparence de la désintégration gangréneuse.

Il résulte donc de cet examen que la tumeur est uniquement formée de tissu myxomateux qui semble s'être développé dans la tunique cellulaire de l'intestin. Ce tissu a ensuite envahi les couches musculaires et dissous les plans musculaires qui les constituent et dont les éléments se retrouvent sous forme de fibres-cellules éparses et isolées. Quant à la couche muqueuse, si elle n'a pas été envahie par la transformation myxomateuse des autres tuniques intestinales, elle a subi, dans ses couches les plus superficielles, un processus de destruction moléculaire et ses glandes ont été détruites par un processus de dégénérescence granulo-graisseuse dû, sans doute, à la gêne de la circulation dans les

réseaux capillaires qui président à leur nutrition. Quant à la dilatation vasculaire qui est considérable, on peut certainement la considérer comme consécutive à la gêne de la circulation due à l'étranglement, et qui s'est manifestée aussi bien dans la tumeur que dans les anses intestinales invaginées. Elle s'est produite d'autant plus facilement par une dilatation vasculaire passive que les vaisseaux étaient mal soutenus par le tissu myxomateux au sein duquel ils étaient plongés.

Les corps arrondis que nous avons rencontrés sur certaines coupes sont entourés d'une coque fibreuse épaisse de laquelle émanent des cloisons fibreuses qui se dirigent dans leur intérieur et se résolvent en un tissu conjonctif réticulé à mailles parfaitement régulières et bourrées de cellules lymphatiques. Dans l'intérieur de ces corpuscules, les vaisseaux sont énormément dilatés, sinueux, pourvus de parois parfaitement développées et si nombreuses qu'en beaucoup de points ils se touchent les uns les autres et donnent l'idée d'une véritable angiome. Le tissu conjonctif dans lequel ces corps sont contenus est du tissu myxomateux extrêmement lâche, au milieu duquel se voient des vaisseaux énormes et des pelotons adipeux. Nous croyons pouvoir considérer ce corps comme des ganglions lymphatiques, situés dans le tissu cellulaire sous-séreux de l'intestin et ayant subi, par le fait de l'étranglement, une énorme congestion passive.

Pour nous résumer, nous regardons la tumeur, qui est la cause de l'invagination intestinale, comme constituée par du myxome pur, ayant débuté probablement par la tunique celluleuse de l'intestin et participant à la stase passive sanguine qui s'observe dans toute anse intestinale étranglée.

REMARQUES. — Nous n'insisterons pas sur les caractères de l'invagination qui sont connus depuis longtemps, très-bien décrite par CRUVEILHIER et ne présentent ici rien de particulièrement intéressant. Les invaginations, produites par les tumeurs qui se sont développées dans l'épaisseur des parois intestinales, sont également signalées par tous les auteurs et cependant, si l'on recourt aux recueils de faits, les observations ne paraissent pas extrêmement nombreuses. M. CRUVEILHIER admet qu'un polype pédiculé pourrait bien amener une invagination. Il cite un cas de Jules CLOQUET, dans lequel un polype occupait la partie inférieure d'un cylindre interne et en figure dans son atlas un autre polype assez considérable qui « peut avoir contribué à cette invagination. » (*Anat. pathol.* III, 635. *Atlas*, livraison XXII, pl. 5 et 6.)

Dans les Bulletins de la Société anatomique (XLI, p. 473), nous trouvons un rapport de M. DUGUET sur le polype de l'in-

testin grêle. Après avoir retracé en quelques mots l'histoire de la question et rappelé le travail de M. DUCHAUSSOY (Académie de médecine, XXIV, 227, 1860) et le rapport de M. DUBREUIL (Soc. anat., IX, 1864), M. DUGUET relate le cas de M. LECOURTOIS, dans lequel un polype blanc rosé, lisse, entouré de valvules conniventes qui s'arrêtent à sa base, d'implantation dont le périmètre n'est pas moins de 0 m. 11, est considéré comme ayant provoqué l'invagination après avoir, par sa présence seule, déterminé pendant plus de huit mois des troubles dyspeptiques divers. M. HOMOLLE (Bulletins de la Soc. anat., XIV, 1870) présente un cas d'invaginations multiples produites par un certain nombre de polypes intestinaux. Une première invagination siègeait à 0 m. 60 du pylore, une seconde à l'iléon, une troisième plus bas encore, une quatrième enfin, plus considérable, s'avancait jusqu'à 0 m. 10 de la valvule iléo-cœcale. Elles étaient déterminées par des masses polypiformes ulcérées et saignantes pour la plupart.

Si les cas d'invagination par tumeurs intestinales ne nous ont pas paru très-nombreux et, M. DUBREUIL, dans son rapport qui date de 1864, avouait n'en connaître que dix cas bien avérés, le nombre des observations où la nature de la tumeur est précisée nous a semblé moins considérable encore. C'est là une des raisons qui nous ont engagé à présenter la nôtre à la Société anatomique. Voici le résumé des seuls cas où nous ayons trouvé la structure de la tumeur mentionnée, après quelques recherches dans les Bulletins de la Société anatomique pour ces dix ou douze dernières années.

Dans l'observation de LECOURTOIS, qui fit l'objet du rapport de M. DUGUET, que nous avons cité plus haut, le polype était blanc-rose, à surface lisse. Sur une coupe il était formé par un noyau fibreux à fibres dirigées selon l'axe de la tumeur, revêtu d'une couche qui semblait composée de la musculuse et de la muqueuse hypertrophiées. L'examen microscopique montra que le polype était formé de fibres conjonctives et musculaires : il était donc probablement très-analogue au nôtre.

Dans un cas présenté à la Société anatomique par M. LAUGIER, et provenant du service de M. Bernutz (Soc. anat. XLII, 1867), un homme de 20 ans mourut en quinze jours après avoir présenté des accidents d'obstruction intestinale. A l'autopsie, on trouva, outre une péritonite aiguë, une invagination déterminée par une tumeur de la valvule iléo-cœcale. Sur tout le reste de la surface de l'intestin et notamment près des plaques de Peyer, on trouva des tumeurs plus petites et de même nature : quelques-unes d'entre elles étaient ulcérées.



rées. L'examen microscopique de ces tumeurs, pratiqué par M. RANVIER, montra qu'elles étaient de nature lymphadénique. C'est donc là un fait très-intéressant de lymphadénomes intestinaux parvenant à volume suffisant pour produire des accidents d'obstruction et d'invagination.

Les masses polypeuses ulcérées et saignantes qui, dans le cas de M. HOMOLLE furent accusées d'avoir produit les invaginations, furent également examinées sur une coupe; leur tissu était ferme et blanc-rose, il donnait, par la pression, un suc laiteux : le microscope démontra leur nature sarcomeuse.

A ces quelques faits d'invagination produite par des sarcomes, lymphadénomes et myxomes, nous ajouterons, pour mémoire, les invaginations fréquentes et les prolapsus rectaux déterminés par les polypes glandulaires (épithéliomes adénoïdes) qui, fréquents sur la muqueuse rectale, peuvent aussi se rencontrer dans l'intestin grêle et même dans l'estomac, ainsi qu'on en a signalés et que nous en avons vu nous-mêmes des cas, mais qui n'y ont pas jusqu'ici, à ce que nous sachions, déterminé d'accidents sérieux d'obstruction intestinale.

**4. M. CHAMBARD** présente encore un mémoire intitulé : *Etude historique et critique des lésions syphilitiques du tissu conjonctif. — (Examen histologique d'un cas de gomme de la peau.)*

Ce mémoire, destiné au concours pour le prix Godard, est renvoyé à la commission.

M. VERNEUIL, à propos de ce travail, rappelle qu'autrefois il avait émis l'hypothèse que les gommès de la peau envahissaient de préférence les glandes sudoripares; il demande à M. Chambard si ses recherches ont confirmé cette théorie.

M. CHAMBARD. Je considère les gommès comme des lésions purement inflammatoires; on peut donc trouver les glandes sudoripares entourées d'éléments embryonnaires, mais jamais le syphilome ne dépasse la tunique fibreuse de ces glandes qui restent, par conséquent, en dehors de la lésion.

**5. Cancer latent de l'estomac. Pleurésie purulente, pyohémie;** par E. BRISSAUD, interne des hôpitaux.

François G., teinturier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 4 mars 1878, dans le service de M. le docteur MILLARD. C'est un homme de moyenne taille, maigre, de visage pâle et fatigué. Il se plaint de douleurs vagues dans les mem-

bres, et dit avoir complètement perdu l'appétit depuis un mois environ. Il n'a de goût pour aucun aliment liquide ou solide et comme ses ressources sont excessivement restreintes, il s'est nourri d'une façon déplorable dans ces derniers temps.

D'ailleurs, il ne vomit pas, n'a pas de troubles digestifs, ne tousse pas, et n'était cette anorexie persistante qui a considérablement diminué ses forces, il ne se sentirait nullement malade.

Lorsque cet homme entra à l'hôpital, on rechercha minutieusement la lésion organique probable qui l'avait plongé dans cet état de cachexie profonde. Les membres inférieurs étaient un peu œdématisés, mais l'urine ne renfermait pas d'albumine. Le cœur ne présentait pas de bruits morbides; on entendait seulement à la base de la poitrine, à gauche et en arrière, quelques frottements de pleurésie sèche.

Tout en faisant des réserves, il était permis d'attribuer cette débilitation considérable à la misère, aux privations qu'avait supportées le malade, à l'humidité du logement qu'il habitait. Il resta dans le service pendant 22 jours, se trouvant tantôt mieux, tantôt plus mal, n'ayant jamais de fièvre, mais conservant toujours la même répulsion pour tous les aliments quels qu'ils fussent. Le 22 mars, comme il avait la mine un peu meilleure, on pensa qu'un séjour à l'asile de Vincennes pourrait le remettre tout à fait sur pied, et il était convenu qu'il quitterait l'hôpital le lendemain, lorsque, le soir même du jour où cette décision avait été prise, la fièvre se déclara avec une intensité notable. Le 23 mars, la poitrine fut examinée soigneusement, et l'on put constater que la pleurésie sèche de la base du côté gauche s'était transformée en pleurésie avec épanchement. Déjà, depuis quelques jours, la douleur de côté s'était fait sentir plus intense, mais on avait médiocrement tenu compte de ce symptôme, pour la raison qu'il n'était accompagné d'aucun autre phénomène morbide.

Le 24, la température du matin est de 39°,5. Le soir, elle s'élève jusqu'à 40°,2. La langue est sèche, brunâtre. Les narines sont dilatées, la physionomie est anxieuse, le pouls est petit, rapide: somme toute, état général des plus inquiétants.

Le 25, à la visite du matin, l'infirmier de la salle avertit M. Millard que le malade a eu dans la nuit une selle sangui-nolente. La probabilité d'une lésion organique du tube digestif semblait ainsi se confirmer.

En outre, les articulations des genoux, des coudes et des poignets étaient devenues très-dououreuses; et comme ce nouveau symptôme coïncidait à peu près avec l'apparition de la fièvre et des frissons, on porta le diagnostic d'infection purulente. Le soir, T. 40°.

**26 mars.** Le malade râle. Les articulations des genoux sont remplies de liquide. Celles des coudes sont gonflées, et il existe un épanchement assez abondant dans les gaines des extenseurs. Mort à 10 heures du matin.

A L'AUTOPSIE, on trouve un cancer de la petite courbure de l'estomac, étendu depuis le cardia jusqu'à la partie moyenne du bord supérieur de l'organe, avec adhérences et péritonite diffuse dans l'épiploon gastro-hépatique. Les articulations sont remplies de pus. La plèvre gauche renferme une poche purulente considérable.

Nous avons publié le résumé de cette observation pour ajouter un cas de plus à ceux que M. Chesnel a publiés dans son intéressant travail sur le cancer latent de l'estomac. Il était difficile d'affirmer ici que l'estomac fût le siège du mal. Tout se bornait à une anorexie pure et simple, et l'évacuation de sang, qui se fit par les garde-robes dans les derniers jours, ne permettait pas de supposer que l'estomac plutôt que l'intestin fût en cause.

Quant à la pleurésie purulente qui, chez notre malade, a terminé la scène, elle est, croyons-nous, une complication assez rare du cancer stomacal. Mais elle a succédé à une ancienne pleurésie sèche qui, elle-même, a pu être provoquée, conformément à la loi de Godelier par la péritonite circonscrite de la région gastro-hépatique ; et la formation rapide du pus dans la plèvre trouve une explication très-suffisante dans l'état de cachexie profonde où le malade était tombé.

**M. HOUEL.** Sur un grand nombre de pièces de cancer de l'estomac, où la lésion n'avait pas été diagnostiquée, j'ai fait la remarque que presque toujours l'altération cancéreuse siégeait soit au cardia, plus encore au niveau du bord postérieur et de la petite courbure de l'estomac. Je crois que ces faits sont encore assez mal connus.

**M. BARIÉ.** Les cancers latents de l'estomac sont signalés depuis longtemps, on en trouve des exemples remarquables notamment dans les cliniques d'Andral et de Trousseau, et dans une thèse de M. Loiseaux (1875), inspirée par M. Bucquoy. Le travail le plus récent et le plus complet que nous ayons sur ce sujet est la thèse de M. Chesnel (1877) ; or, sur quarante-trois observations rapportées dans ce mémoire, sept fois seulement le cancer siégeait au niveau du pylore, d'où il semble résulter que les cancers latents sont rarement localisés aux orifices.

**M. VERNEUIL.** M. le présentateur nous a dit que les abcès

métastatiques trouvés chez ce malade avaient dû être consécutifs à la pleurésie purulente; je crois qu'il serait plus logique d'expliquer la marche des accidents de la façon suivante :

Tout autour de la tumeur cancéreuse ramollie, il se fait des thromboses veineuses; de plus, on trouve des matières septiques sur la surface de la plaie stomacale; celles-ci peuvent être, par embolie, entraînées vers divers organes et former des abcès métastatiques.

En second lieu, je ferai remarquer que l'anorexie est bien plus souvent liée à la stéatose du foie, qu'à aucune des maladies d'estomac. Lorsque, dans mon service, j'observe des malades qui s'éteignent dans l'épuisement avec anorexie complète, je diagnostique toujours stéatose du foie, et il m'arrive rarement de me tromper.

M. BERGER. M. Verneuil nous a parlé de la production de l'infection purulente à la suite d'ulcère cancéreux de l'estomac; je crois que ces faits doivent être regardés comme absolument exceptionnels.

M. VERNEUIL. Cette complication, en effet, est très-rare; j'en recueille tous les cas depuis la discussion intéressante qui s'éleva en 1869 sur la pyohémie; Chassaignac la rattachait toujours à l'existence d'une plaie extérieure, et M. A. Guérin à la *théorie des germes* et de l'*extériorité*. Pour moi, bon nombre de cas de pyohémie, observés à la suite de la fièvre typhoïde, de la variole, des abcès sous-périostiques, ne sauraient être rapportés à une plaie, ou à la *théorie des germes*, ils ont une origine profonde.

---

*Séance du 17 mai 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

**6. Lésion du lobule paracentral.**

M. ROUHET présente le cerveau d'un malade mort dans le service M. G. Sée. Cet homme était entré pour une paralysie du membre inférieur droit survenue brusquement, sans céphalalgie, sans troubles du système nerveux, ni de paralysie faciale. Le 25 avril, survint une nouvelle paralysie siégeant dans le membre supérieur droit, douze jours après ce nouvel accident le malade mourait.

A l'AUTOPSIE, on trouve un ramollissement cérébral siégeant au niveau du lobe paracentral et touchant l'espace qui sépare la 4<sup>re</sup> circonvolution frontale de la circonvolution frontale ascendante.

**7. Gangrène ; œdème de la glotte.**

M. SUSS présente les pièces d'un malade mort dans le service de M. Richet. Ce malade était entré à l'hôpital, pour une ecchymose assez large siégeant au creux poplité. M. Richet porta le diagnostic : rupture probable d'une varice du creux poplité. Mais bientôt le malade prit de la fièvre, il se plaignit de douleurs lombaires vives, et d'un point très-douloureux au niveau d'une dent du maxillaire inférieur. On dut arracher cette dent; plus tard apparurent des taches de purpura sur le thorax, les lombes, et les cuisses, enfin au bout de huit jours, on constatait chez lui un souffle bronchique intense, et une tuméfaction considérable avec plaque de gangrène au niveau de la dent arrachée. Le malade mourut rapidement d'un accès intense de dyspnée, causée par un œdème de la glotte. Il est donc probable que la gangrène s'est propagée du périoste du maxillaire inférieur jusque vers la muqueuse de la base de la langue et de là a gagné les replis ary-épiglottiques.

M. DESPRÉS considère ce cas comme un exemple de scorbut ; il rappelle des faits semblables qu'il a observés au moment de la guerre : on apportait alors à l'hôpital, un grand nombre de

blessés, qui tous présentaient des lésions des gencives, et mouraient, la plupart de pourriture d'hôpital. Bien que ces malades n'aient jamais eu d'hémorrhagies, il n'hésite pas à les regarder comme atteints de scorbut.

8. M. GILLE présente les pièces d'une malade atteinte d'affection cardiaque, qui mourut d'asystolie au 2<sup>e</sup> mois d'une grossesse. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement mitral. En l'absence de rhumatisme antérieur, il est permis de supposer que cette endocardite remontait à l'époque d'une première grossesse.

9. M. BRUCHET rapporte l'histoire d'un malade atteint d'ictère chronique avec rétention d'urine et abcès urinaires.

A l'autopsie on trouva un foie, gros, lisse et de petits abcès multiples siégeant dans le parenchyme hépatique, de plus il y avait une hypertrophie considérable de la rate.

10. M. de MARIGNAC présente un cerveau, dont le lobe occipital est presque entièrement ramolli. On n'a observé chez le malade aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité.

#### 11. Election.

M. Budin est nommé membre honoraire de la Société.

12. Hypertrophie concentrique du cœur, sans lésions valvulaires, chez un jeune homme de 18 ans ; par J. DÉJÉRINE, interne des hôpitaux.

X..., 18 ans, garçon couvreur, entre le 20 avril 1878, salle Saint-Charles, lit n° 20. Ce malade ne présente aucun antécédent morbide quelconque, sa santé a toujours été très-bonne, il n'est ni alcoolique ni syphilitique. Pas de rhumatismes. Il exerce une profession assez pénible qui l'oblige à porter chaque jour d'assez lourds fardeaux sur le dos.

Entré pour des douleurs dans les membres inférieurs, le malade succombe en quelques jours à une myélite ascendante (1). Pendant tout son séjour à l'hôpital, l'examen du cœur fut pratiqué à plusieurs reprises et ne fit constater rien

---

(1) L'observation clinique et l'autopsie avec examen histologique, seront publiées prochainement.

d'anormal; si ce n'est peut-être un peu d'exagération dans la force du choc de la pointe. Pas de souffle. Pas de frémissement.

A l'autopsie, le cœur présentait un aspect tout à fait remarquable, ses dimensions en longueur et en largeur sont normales, mais le ventricule gauche est beaucoup plus saillant et plus dur qu'à l'état normal; en faisant une coupe perpendiculaire au grand axe du ventricule, on constate que ses parois ont plus de trois centimètres d'épaisseur et la cavité ventriculaire n'est plus représentée que par une fente. La diminution de volume de la cavité est telle qu'elle n'admet qu'avec peine l'index, et on ne peut, même en faisant un certain effort, l'agrandir davantage, ce qui montre bien que la cavité est diminuée, et qu'il ne s'agit pas là d'un simple phénomène de rigidité cadavérique. Le myocarde à sa couleur rouge habituelle, il est dur, résistant et paraît absolument normal (1). Il n'y a aucune espèce de lésions aortiques ou mitrales.

Le ventricule droit a son volume et son épaisseur habituels, il ne présente pas de lésions d'orifices. Le poids du cœur est de 270 grammes. L'aorte et les artères du cou et des membres ne sont pas rétrécies ni athéromateuses.

Les reins sont congestionnés, mais sans la moindre trace de néphrite interstitielle, pendant la vie; l'urine, examinée tous les jours, fut trouvée normale, sauf le jour qui précéda la mort, où elle contenait un nuage d'albumine.

L'examen microscopique n'a dénoté dans les reins aucune lésion, si ce n'est de la congestion.

RÉFLEXIONS.—Cette observation nous paraît être un exemple très-net d'hypertrophie du ventricule gauche avec diminution de la cavité ventriculaire. Ce fait est d'autant plus intéressant que l'hypertrophie paraît s'être développée sans causes nettement appréciables.

En effet, nous n'avons trouvé chez ce malade aucune des causes qui peuvent produire ce genre de lésions : rétrécissement de l'aorte thoracique, athérome artériel, néphrite interstitielle; il n'y avait pas non plus de lésion valvulaire, aussi croyons-nous qu'il s'agit ici d'un cas tout à fait particulier d'hypertrophie concentrique, et dont la pathogénie est encore indéterminée.

---

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

**13. Sacro-coxalgie et mal de Pott lombaire (arthrite vertébrale);** par VERMEIL et ERNEST GAUCHER, internes des hôpitaux.

La nommée M... (Elisabeth), âgée de 38 ans; entrée à l'hôpital de la Pitié le 28 mai 1878, a été successivement soignée dans le service de M. POLAILLON, et dans celui de M. GOMBAULT.

Nous n'avons pu recueillir, M. Vermeil et moi, sur les antécédents de cette femme, que des renseignements très-incomplets. Elle paraît avoir été bien portante dans son enfance: Elle a eu huit enfants et est actuellement enceinte de son neuvième. C'est dans le cours de sa dernière grossesse, il y a un an et demi environ, qu'elle a ressenti pour la première fois des douleurs dans la hanche gauche et dans les lombes. Ces douleurs augmentèrent graduellement, et bientôt une tumeur molle, fluctuante, de plus en plus volumineuse, apparut à la partie inférieure de la fesse gauche.

À son entrée à l'hôpital, on trouve un abcès froid énorme de la région fessière étendu en bas jusqu'au grand trochanter. La malade ressent des douleurs très-vives dans la hanche, dans le genou et même dans le pied; la cuisse est fléchie sur le bassin, l'extension est douloureuse; le membre inférieur est naturellement dans l'adduction; mais l'abduction est possible ainsi que tous les autres mouvements de la cuisse sur le bassin. Il est d'ailleurs impossible de faire lever la malade, très-difficile même de la remuer. Il y a de la fièvre, une température oscillant entre 38° et 39°, pas de frissons, peu d'appétit et une soif assez vive. Les douleurs sont très-fortes surtout la nuit; elles arrachent des cris à la malade, qui, ne parlant pas le français, n'a pas d'autre moyen de se faire entendre. On porte le diagnostic de sacro-coxalgie ou de mal de Pott siégeant à la partie inférieure du rachis. Cette femme est, de plus, enceinte de huit mois et demi à neuf mois, presque à terme (Pos. O. I. D. P.).

*30 mai.* M. Polaillon pratique, dans la collection purulente de la fesse, une ponction sous-cutanée et retire par l'aspiration environ 800 grammes de pus non fétide. Cette aspiration est suivie d'une injection dans le foyer, d'eau phéniquée à  $\frac{1}{10}$ . Traitement tonique: vin de quinquina, potion de Todd. Le soir: tempér. Axill. : 38°, 2.

*2 juin.* Dans la soirée, la malade ayant uriné sous elle, dans son lit, la religieuse du service confond l'urine avec le liquide amniotique, se figure que la poche des eaux vient de se rompre, et que le travail est commencé. Sans consulter l'interne de garde, elle fait transporter la patiente dans la salle d'accouchement.



Les jours suivants, l'état général empire très-rapidement, sans qu'on puisse constater de nouveaux phénomènes morbides autres que la fièvre hectique. Le 5 juin, à onze heures du matin la femme est moribonde; le col est complètement effacé; la dilatation, qui a commencé la veille au soir, a atteint les dimensions d'une pièce de 2 fr.; mais les contractions utérines ne sont plus perceptibles, le travail semble complètement arrêté.

M. Gombault fait appeler M. Polaillon, qui, pour sauver l'enfant, se décide à hâter l'accouchement. Au moyen de trois incisions latérales, il agrandit l'orifice du col, assez pour permettre l'application du forceps de Levret au détroit supérieur; l'extraction se fait sans grande difficulté. L'enfant est retiré vivant, mais à moitié asphyxié; ranimé par l'insufflation, il est mort le lendemain. Quant à la femme, elle succombe une heure après l'accouchement, sans avoir été délivrée et sans hémorrhagie.

AUTOPSIE, pratiquée le 6 juin. Elle démontre l'existence d'une *sacro-coxalgie gauche* et d'une *arthrite vertébrale* siégeant entre les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires. On ne trouve aucune lésion de l'articulation sacro-vertébrale, non plus que de l'articulation du corps de la 3<sup>e</sup> avec la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire. La symphyse pubienne et l'articulation sacro-iliaque de l'autre côté sont intactes.

Les surfaces de l'*articulation sacro-iliaque* sont complètement disjointes et seulement maintenues en arrière; les ligaments antérieurs sont détruits. Cette lésion est le point de départ d'un abcès par congestion, qui, passant par l'échancre sciatique, a inondé la fosse iliaque externe; c'est cet abcès qui a été ponctionné.

D'autre part, le *disque interarticulaire*, qui sépare les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires, est presque entièrement détruit. Les surfaces osseuses sont profondément lésées, surtout l'inférieure, qui présente sur son pourtour des stalactites osseuses. De ce mal de Pott lombaire descend un autre abcès ossifluent, qui, au-dessous de l'angle sacro-vertébral, se confond à gauche avec le premier, mais, à droite, suit un trajet indépendant, et remplit la fosse iliaque interne de ce côté; de sorte que les organes du petit bassin baignent pour ainsi dire dans le pus. Les autres organes ne présentent aucune lésion remarquable; les poumons seuls contiennent quelques granulations tuberculeuses disséminées, probablement l'ébauche d'une tuberculose miliaire qui n'a pas eu le temps d'évoluer.

Il n'y a nulle part d'abcès métastatique ni d'embolus; aucune lésion matérielle ne peut expliquer la rapidité de la mort.

**14. Kyste multiloculaire de la prostate ;** par H. BUTRUILLÉ, interne provisoire.

Delorme, Jacques, âgé de 69 ans, homme de peine, entre le 23 avril dans le service de M. DESPRÉS, à l'hôpital Cochin, baraque II, lit n° 21. Cet homme s'était présenté le matin à la consultation, se plaignant d'une rétention d'urine, durant depuis plusieurs jours. Jamais, dit-il, il n'avait eu de chaudepisse ni d'accident vénérien. On pratiqua immédiatement le cathétérisme à l'aide d'une sonde molle ; quelques tentatives restèrent infructueuses, puis on vit que la sonde était engagée dans une fausse route, au niveau de la prostate. On finit néanmoins par lui passer dans la vessie une sonde qu'on fixa à demeure. Le soir, le malade eut un peu de fièvre, déclara qu'il éprouvait au niveau du col de la vessie une grande douleur et pria l'interne de garde de lui retirer la sonde. Comme le lendemain, 24, il n'avait pas uriné, on lui passa de nouveau sa sonde et on l'exhorta à la garder. Contre la fièvre du soir, on prescrivit le sulfate de quinine à la dose de 40 centigrammes. Le toucher rectal permit alors de constater au niveau de la prostate une énorme tumeur molle et fluctuante. Absès de la prostate.

La journée du 24 et celle du 25 se passèrent sans incident bien notable. Le 26, le malade fut un peu agité dans son lit, ne présentant pas beaucoup de fièvre ; on dut lui remettre deux fois la sonde à demeure.

Le 27 au matin, après la visite, il éprouva quelques légers frissons et fut pris d'un violent point de côté à droite, de dyspnée et de toux. L'examen de la poitrine, pratiqué à la contre-visite, ne donna aucun renseignement : on ne constatait ni à droite, ni à gauche, aucun souffle, aucun râle qui pût permettre d'affirmer l'existence d'une pneumonie. Mais les symptômes fonctionnels, la température qui monta le soir à 39°, 6, permettaient de croire à une pneumonie centrale. Néanmoins, pas de crachats rouillés.

29 avril. Apparition des crachats de pneumonie. Mais les signes physiques ne sont pas encore bien nets : on constate à gauche quelques râles sous-crépitaux assez fins, mais, en aucun point, il n'y a de souffle ni de râles crépitaux. T. M. 38°, 2 ; T. S. 39°, 8. Pas de nouveau frisson. Le malade, très-inquiet, demande avec instance à quitter l'hôpital. Il refuse, du reste, l'introduction de la sonde.

30 avril. L'état s'est considérablement aggravé ; la langue est sèche et fuligineuse, la peau chaude ; le malade veut absolument s'en aller. A 1 heure de l'après-midi, des parents

viennent le voir et veulent également l'emmener. Il meurt au bout de quelques instants.

**AUTOPSIE. — Appareil urinaire.** — La muqueuse de l'urèthre est intacte dans sa portion bulbeuse et spongieuse ; au niveau de la région prostatique, on constate à droite une fausse route baignée de pus sanguinolent. A gauche, à la portion antérieure de la prostate, on constate les particularités suivantes : Une tumeur présentant tous les caractères d'un kyste multiloculaire, transparente, occupe la partie antérieure de la prostate, recouverte seulement, du côté de l'urèthre, par un pont assez mince de tissu prostatique qui se déchire.

Cette tumeur ou plutôt ce kyste multiloculaire est recouvert sur ses parties latérales par l'aponévrose latérale de la prostate, dépendance du muscle releveur de l'anus ; elle appartient donc bien à la loge prostatique. De plus, elle est recouverte sur sa moitié postérieure par du tissu prostatique qu'on peut voir se prolonger au même niveau que du côté opposé. On peut donc affirmer que ce kyste appartient à la prostate ou tout au moins a empiété sur celle-ci.

À la partie postérieure, le kyste remonte jusque vers la vessie, mais en est parfaitement distinct ; on constate également l'intégrité des vésicules séminales.

La vessie elle-même est épaissie, présente un peu de cystite chronique et quelques taches ecchymotiques, dues probablement à la sonde à demeure. Les reins présentent en plusieurs points des petits abcès milliaires et l'aspect macroscopique de la néphrite interstitielle. Leur atmosphère graisseuse a diminué d'épaisseur et paraît avoir été comprimée.

Les poumons sont fortement congestionnés ; le droit présente à son sommet des noyaux multiples de pneumonie centrale, ce qui explique bien l'absence de signes physiques de pneumonie pendant la vie. Détail plus intéressant : on trouve à la base de ce même poumon droit une *hydatide solitaire*, du volume d'une noix environ.

Le foie est absolument sain. La rate est volumineuse, diffuse ; de plus, elle présente à sa partie inférieure et sur sa partie corticale une plaque indurée, assez étendue, infiltrée de sels calcaires, qui témoigne d'une périsplénite ancienne.

L'examen histologique du kyste a été fait par M. CHAMBARD, dans le laboratoire de M. Ranvier, au Collège de France.

Le kyste, ouvert à sa partie postérieure, est formé de cinq à six loges qui contiennent du liquide citrin sans crochets d'hydatides. A première vue, la coloration des parois qui ressemblent à du blanc d'œuf cuit paraît indiquer qu'on a affaire à un kyste hydatique.

Une coupe perpendiculaire aux parois du kyste montre

qu'elles sont formées uniquement par du tissu fibreux mêlé d'assez nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses et se prolongeant dans la cavité kystique sous forme de papilles peu saillantes et arrondies. Sur les coupes, on ne constate pas de revêtement épithélial ; mais le degré d'altération de la pièce ne donne pas à cette constatation de valeur positive. En résumé, il s'agit d'un kyste creusé dans l'épaisseur du tissu prostatique et formé par ce tissu.

Le degré de dessiccation de la poche trouvée dans le poumon n'a pas permis d'en faire l'examen histologique, mais cette pièce présentait bien les apparences d'une hydatide solitaire.

**15. Sarcome fibro-plastique de la jambe récidivé; — Ablation; — Phlébite infectieuse; par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.**

Le nommé R..., âgé de 52 ans, entre le 26 novembre 1877, salle Saint-Landry, lit n° 8, service de M. le professeur RICHET.

Ablation en septembre, par M. Blum, suppléant, d'un sarcome fibro-plastique de la jambe gauche (diagnostic microscopique de M. Chambard), de la grosseur d'une tête de fœtus au sixième mois. La tumeur sous-aponévrotique était parfaitement enkystée et isolable, sauf au voisinage des jumeaux dont une portion dut être enlevée. — Pansement rare à l'eau phéniquée. — La plaie cicatrisait lentement; mais l'opéré, forcé de sortir pour son commerce, ne put attendre la guérison complète. Il se fatigue et revient atteint d'une récidive de la tumeur.

26 novembre. Etat actuel. A la partie supérieure du mollet, on constate une plaie plate à fond rosé pâle, à bords indurés et saillants. L'induration se prolonge au-delà de la marge de la solution de continuité et des reliefs se constatent à la vue et au toucher de la partie avoisinante de la peau. La plaie saigne facilement, surtout vers sa partie centrale. Au tissu cutané fait suite une bordure de tissu cicatriciel de 5 millimètres, de couleur grisâtre et entièrement sain. Il est douteux que les ganglions inguinaux, correspondants, explorés par le palper vertical, aient échappé à la dégénérescence. C'est ce doute qui détourne M. le professeur Richet de l'idée d'une amputation au-dessus du siège du sarcome et lui fait adopter une ligne de conduite spéciale.

5 décembre. S. 37°/3. Ablation par la méthode mixte de M. le professeur Richet, après application préalable de la bande d'Esmarch.

Cette méthode se compose de deux temps : 1° Incision avec

le bistouri, de toute la partie accessible et visible du tissu morbide ;

2° Application pendant 24 heures d'une couche de pâte de Canquoin, destinée à atteindre les portions plus éloignées de tissu morbide et à préserver la plaie opératoire contre toute absorption de l'extérieur. La douleur est combattue par des injections de morphine.

6 décembre. T. M. 37°,4 ; S. 38°,6. Premier pansement à l'alcool camphré, après lavages, la pâte une fois enlevée. La plaie est complètement grise et sèche et forme eschare.

7 décembre. M. 38°,4 ; S. 39°,7. L'élévation de la température est mise sur le compte de la fièvre traumatique.

8 décembre. M. 39° ; S. 38°,5.

9 — M. 37°,6 ; S. 37°,2. — La veille et dans la journée ont éclaté deux frissons violents qui jettent l'opéré dans l'inquiétude et font penser à la possibilité d'une pyohémie. — Potion avec alcoolature d'aconit, 10 gr.

10 décembre. 37° ; 38°,2. Troisième frisson, même potion.

11 décembre. 39°,2 ; 37°,2. L'eschare de la plaie est tombée, mais il n'y a pas de suppuration. Dans la journée, hémorrhagie peu abondante.

12 décembre. T. 37°,2 ; 39°,4. Point de côté gauche. Signes stéthoscopiques d'une pneumonie probablement métastatique au niveau du lobe inférieur.

13 décembre. 39°,4 ; 36°,2. Plaie grisâtre.

14 décembre. 37°,4 ; 40°,6. Teinte subictérique des sclérotiques.

15 décembre. 38°,6 ; 38°,3. Mort.

AUTOPSIE le 17 décembre. — Thorax. Abscès de la grosseur d'un œuf à la base du lobe inférieur du poumon gauche.

*Membre inférieur gauche.* — Les veines profondes étant isolées et fendues longitudinalement, on constate la présence d'un caillot fibrineux grisâtre ancien, qui se prolonge depuis la plaie jusque dans toute la longueur de la veine poplitée. En outre, il adhère à la paroi, mais non dans tout son pourtour, ni en particulier aux points de ramollissement. L'endoveine fémorale est uniformément rouge en bas, puis plus haut, présente seulement des stries rosées, et la veine iliaque externe n'acquiert un aspect tout à fait normal qu'au niveau de son abouchement dans l'iliaque primitive.

RÉFLEXIONS. — Cette pièce anatomique est un exemple de plus des rapports de la phlébite et de la pyohémie ou de l'endophlébite infectieuse, si bien établie avec un cas anatomo-pathologique à l'appui, dans une leçon de M. le professeur Riche (Clinique chirurgicale, ancien Hôtel-Dieu), leçon recueillie

par M. Ch. Richet, interne du service, et à laquelle nous renvoyons pour tout commentaire. (*L'Ecole de médecine*, 1874).

**16. Des hémorrhagies pulmonaires dans la broncho-pneumonie;** par F. BALZER, préparateur d'histologie à l'Amphithéâtre des hôpitaux.

(Mémoire lu à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire)

On rencontre parfois, dans les autopsies de broncho-pneumonie, des hémorrhagies pulmonaires qui s'observent tantôt sous la plèvre, tantôt dans le parenchyme pulmonaire, et qui varient de fréquence et d'intensité suivant leur siège. Très-fréquentes sous la plèvre où elles se montrent sous la forme d'ecchymoses ou de petits foyers plus ou moins étendus, elles se présentent sous des aspects très-différents dans le poumon : quelquefois elles ressemblent à de véritables infarctus lorsqu'elles forment des noyaux nettement limités à un seul lobule ; quelquefois, au contraire, l'épanchement semble se confondre avec la congestion extrême dont les parties voisines sont le siège. Ces foyers pulmonaires sont plus rares que les hémorrhagies sous-pleurales et celles-ci se montrent habituellement en même temps qu'eux.

Leur étiologie toute spéciale, l'absence de symptômes particuliers qui puissent les caractériser et en faciliter le diagnostic, placent ces hémorrhagies dans une classe à part, et l'on s'explique aisément que l'étude de ces lésions n'ait point trouvé une place importante dans les descriptions classiques qui ont été données des diverses hémorrhagies pulmonaires.

Elles ont été étudiées surtout par les auteurs qui ont écrit sur la diphthérie; M. Millard les signale dans sa thèse inaugurale (1858) et dans son étude sur les lésions pulmonaires consécutives au croup (*Gazette hebdomadaire*, 1863) M. Peter en signale un cas qu'il attribue à l'intensité de la congestion. Plus récemment, MM. Bouchut et Labadie-Lagrave les ont rattachées aux apoplexies pulmonaires d'origine embolique, en les considérant comme causées par le développement de l'endocardite diphthéritique. Enfin, M. Sanné, dans son *Traité de la diphthérie* étudie d'une manière spéciale cet accident qu'il a eu occasion d'observer 18 fois. Il examine les conditions étiologiques qui lui donnent naissance, les lésions qui l'accompagnent, et le fait procéder en résumé, de deux causes : l'asphyxie et l'infection, celle-ci étant admise à titre de cause prédisposante et favorisant les hémorrhagies dans le poumon, au même titre que dans les autres parties de l'organisme, par les modifications de la composition du sang. Nous aurons occasion de revenir plus loin, à propos de l'examen micros-

copique sur le mode d'action de ces causes, nous dirons seulement ici qu'elles nous ont semblé déterminer la production d'hémorrhagie plus fréquemment que ne l'admet M. Sanné d'accord avec les autres auteurs. Les hémorrhagies sous-pleurales s'observent, pour ainsi dire, journellement, surtout dans la diphthérie, et, quant aux hémorrhagies pulmonaires, nous en avons vu un nombre suffisant pour que nous puissions considérer cet accident comme n'étant pas très-rare.

Sur 49 autopsies, notre collègue et ami, M. Talamon a trouvé 8 fois des ecchymoses sous-pleurales dans des cas d'angines toxiques ou secondaires: trois fois ces ecchymoses s'accompagnaient de noyaux d'apoplexie intra-pulmonaires. Il a noté de plus l'apparence hémorrhagique des noyaux de broncho-pneumonie dans 9 autres cas, dont 7 à la suite d'angine infectieuse, et 2 à la suite du croup. En dehors de la diphthérie, il n'a noté ces hémorrhagies que dans une seule broncho-pneumonie, suite de coqueluche. De même, notre ami M. Dreyfous, interne de M. Bergeron, a trouvé des noyaux hémorrhagiques très-nets dans trois cas de broncho-pneumonie. J'en ai observé également quatre cas, dans le service de mon excellent maître, M. Cadet de Gassicourt.

Les hémorrhagies siègent presque toujours aux parties postérieures et inférieures des poumons, où les noyaux recouverts par la plèvre, ont l'aspect d'une masse noire et indurée.

Le nombre de ceux-ci est très-variable; on peut n'en trouver qu'un seul; dans un cas, nous en avons trouvé, pour ainsi dire, autant qu'il y avait de noyaux de broncho-pneumonie à la partie postérieure des poumons. Leur volume varie suivant que l'hémorrhagie reste limitée à un seul lobule ou envahit les lobules voisins. Sur la coupe, ils se présentent sous l'aspect de noyaux noirs au milieu desquels on distingue parfois des traînées grisâtres.

Ces hémorrhagies pulmonaires se rencontrent plus souvent dans les broncho-pneumonies diphthéritiques que dans celles qui succèdent aux bronchites génératrices de diverses natures. Cependant on les y observe également et avec les mêmes caractères.

M. Roger les montre siégeant surtout à la partie postérieure des poumons, formant de véritables apoplexies lobulaires corticales, dans les points où la congestion est le plus intense. Dans les cas déjà cités, nous avons vu les foyers hémorrhagiques nettement isolés et entourés par un parenchyme pulmonaire normal. Ils se présentaient sous l'apparence de noyaux noirs, arrondis, durs, saillants, variant depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une petite amande. Notre

collègue H. de Boyer en a présenté un cas semblable à la Société en 1875.

Comme le fait remarquer M. Sanné, l'étude de ces hémorrhagies pulmonaires ne présente d'intérêt réel qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. Les symptômes de la broncho-pneumonie masquent complètement ceux de l'apoplexie. Il n'a jamais constaté d'autres symptômes que la dyspnée et les râles de la broncho-pneumonie.

Voilà donc une hémorrhagie pulmonaire, parfois étendue, assez fréquente, surtout dans la diphthérie, et qui ne se trahit par aucun phénomène appréciable. Le fait s'explique facilement en ce qui concerne les hémorrhagies sous-pleurales. Mais l'absence de tout symptôme et en particulier l'absence de l'expectoration sanguinolente mérite une explication, en ce qui concerne les hémorrhagies pulmonaires. Comme nous l'avons dit, celles-ci se présentent sous deux formes différentes : les foyers apoplectiques, bien circonserits, entourés par un tissu pulmonaire sain sont disséminés dans l'épaisseur du parenchyme, ou bien ils sont pour ainsi dire, noyés dans une atmosphère de tissu congestionné.

La fréquence de ces dernières lésions doit être assez grande, mais il est difficile de l'apprécier exactement, à cause des différences peu accentuées qui existent parfois entre un noyau très-congestionné de pneumonie lobulaire et un noyau d'apoplexie. Il est très-commun à l'examen microscopique de trouver, dans les alvéoles, du sang qui provient de la rupture de petits vaisseaux, consécutive à la congestion qui accompagne la formation des noyaux de broncho-pneumonie ; il y a ainsi bon nombre d'hémorrhagies peu étendues qui passent inaperçues à l'examen macroscopique. La difficulté n'est plus la même quand il s'agit d'un noyau apoplectique assez étendu dans lequel le sang coagulé apparaît formant une masse noire et compacte.

Nous avons fait cet examen après durcissement dans l'alcool et coloration des coupes par le picro-carminate d'ammoniaque dans quatre cas, sur lesquels deux nous ont été fournis par MM. Talamon et Dreyfous, les deux autres provenant du service de M. Cadet de Gassicourt.

Dans le fait de M. Dreyfous, il s'agissait d'un vaste épanchement-survenu à la partie postérieure du poumon gauche, dans un cas de diphthérie. Sur les coupes, on voit d'abord la bronche lobulaire avec son artère entourée par le nodule inflammatoire que M. Charcot a démontré comme constituant la lésion caractéristique de la broncho-pneumonie ; autour de ce nodule péri-bronchique formé en majeure partie de leucocytes, on voit les lobules du sang épanché remplissant les al-



véoles et se répandant jusque sous la plèvre où ils forment, par suite du dessèchement, des masses compactes et fendillées. Au milieu de ces nodules, on aperçoit quelques leucocytes plus ou moins abondants, suivant les points.

On aperçoit aussi, soit dans l'intérieur des vaisseaux, soit dans le sang épanché, des cristaux d'hématine volumineux et agglomérés de façon à former des masses irrégulières. Il est à noter aussi que la bronche est remplie non par le sang, mais par des produits inflammatoires, leucocytes et cellules épithéliales colorés, ainsi que le nodule péri-bronchique, par l'hématine dissoute.

La disposition du sang épanché est donc caractéristique, il circonscrit les nodules périsonchiques, les déforme, mais sans jamais les pénétrer entièrement. Au contraire, il se répand à la périphérie du lobule, dans les zones de splénisation, et pénètre dans les travées conjonctives interlobulaires, où il n'est pas rare de rencontrer les espaces lymphatiques remplis de globules sanguins. Les trois cas nous ont offert des lésions absolument analogues.

Le cas de M. Talamon présente cette seule différence que la broncho-pneumonie étant plus ancienne, l'épaississement des travées interlobulaires et interacinieuses y est beaucoup plus marqué. Au milieu des alvéoles remplis de sang, on trouve les gros vaisseaux également bourrés de globules rouges; fréquemment les gaines lymphatiques péri-vasculaires sont pleines également de globules sanguins. La congestion existe dans les lobules voisins du noyau hémorragique. Les bronches, avons-nous dit, ne contiennent pas de sang, mais seulement des leucocytes et des cellules épithéliales, fait qui établit une différence importante entre ces hémorrhagies et celles qui succèdent aux embolies.

A l'examen microscopique, les hémorrhagies sous-pleurales nous ont paru produites tantôt par la rupture des vaisseaux propres de la plèvre, tantôt par celle des vaisseaux alvéolaires voisins. Le sang se répand sous la plèvre et s'infiltré au loin, en dissociant les faisceaux de tissu conjonctif et élastique, où il forme des amas peu étendus. Les globules rouges sont habituellement intacts, souvent l'hémoglobine s'est dissoute, et le foyer forme une masse amorphe et compacte fortement colorée en rouge brunâtre.

La pathogénie de ces hémorrhagies est assez complexe, et nous ne pouvons l'exposer longuement ici, car elles sont entièrement sous la dépendance des congestions qui se développent dans la broncho-pneumonie.

L'obstruction des bouches et des canaux alvéolaires empêche l'hémorrhagie de se manifester à l'extérieur par l'expect

toration sanguinolente, et joue un rôle important dans sa production.

La congestion du lobule lui est due en grande partie : celle-ci s'établit à la périphérie du nodule péribronchique, et ainsi se trouve constitué l'état du tissu pulmonaire qui a été désigné sous le nom de splénisation, et qui est caractérisé histologiquement par la congestion et par les lésions de la pneumonie catarrhale, exsudation de leucocytes et multiplication des cellules épithéliales. Cette réplétion exagérée des vaisseaux est favorisée par la tendance au vide consécutive à l'obstruction des canaux alvéolaires et lobulaires. Ces congestions sont souvent assez intenses pour causer à elles seules l'hémorrhagie, comme dans les broncho-pneumonies catarrhales. Mais celle-ci se produit encore plus sûrement dans les broncho-pneumonies diphthéritiques où la lésion pulmonaire présente une plus grande gravité, non-seulement à cause des efforts que nécessite la gêne respiratoire, mais encore à cause des modifications du sang qui succèdent à l'infection générale.

On peut dire, en somme, que les hémorrhagies pulmonaires dans la broncho-pneumonie sont liées à l'évolution de la broncho-pneumonie elle-même et sont régies par les mêmes conditions pathogéniques. C'est avant tout l'hypostase qui amène cet accident : les foyers hémorrhagiques, comme la congestion, comme les noyaux de pneumonie lobulaire, se forment dans le système bronchique postérieur. Le système bronchique antérieur en est habituellement indemne, et les autres causes de congestion et d'hémorrhagie, troubles de l'innervation vaso-motrice, efforts respiratoires, modifications du sang, n'agissent qu'à titre de causes adjuvantes ou déterminantes. Les hémorrhagies sont le résultat d'une congestion passive, et si elles se montrent plus souvent dans la diphthérie, c'est parce que toutes ces causes s'y trouvent réunies et favorisent leur production d'une manière exceptionnelle.

En résumé, l'hémorrhagie se fait dans les parties splénisées des lobules atteints de broncho-pneumonie ; elle est le résultat d'une congestion exagérée, qui donne lieu à la rupture des capillaires des alvéoles. Le sang s'épanche dans les cavités alvéolaires, autour du nodule péri-bronchique, dans le tissu conjonctif sous-pleural et même dans les travées conjonctives qui circonscrivent les lobules. L'étendue de l'épanchement varie ; celui-ci peut n'occuper qu'un lobule et ressembler à un infarctus d'origine embolique, ou se répandre dans plusieurs et former ainsi des noyaux assez volumineux. Si le malade survit quelque temps à la production de cet accident, l'inflammation lobulaire continue son évolution, le nodule péri-bronchique

augmente par suite de l'accumulation des leucocytes. Le centre de l'infarctus devient grisâtre, purulent, comme l'ont observé MM. Bouchut, Picot et d'Espine. Ces auteurs attribuent à une suppuration du noyau hémorrhagique cet état, qui n'est que la suite naturelle de l'évolution ordinaire du nodule péri-bronchique. On est même en droit de supposer que cette suppuration du lobule doit se produire au niveau des foyers hémorrhagiques plus facilement qu'en tout autre point. Il faut se rappeler, en effet, ce qui se passe dans les noyaux d'origine embolique, autour desquels se développe rapidement une irritation assez vive, qui se traduit par une pneumonie et une pleurésie de voisinage. C'est le seul mode de terminaison que nous connaissions pour ces foyers hémorrhagiques : ils se développent toujours dans des circonstances tellement graves, qu'on ne peut avoir l'occasion de savoir les transformations régressives qu'ils peuvent subir, mais qu'on est en droit de croire semblables à celles qui s'observent dans les autres hémorrhagies pulmonaires.

---

*Séance du 17 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. BAZY présente le foie d'une femme de 45 ans, morte dans le service de M. Lancereaux. Chez cette malade, où dominaient les accidents d'alcoolisme chronique, on observa de l'ictère avec hypertrophie du foie. Plus tard survinrent des épistaxis, des métrorrhagies et de la congestion pulmonaire ultime.

A l'autopsie, on trouva un foie énorme, sans calculs; la bile était épaisse et peu abondante. Le diagnostic porté avait été : cirrhose avec hypertrophie du foie.

M. MOUTARD-MARTIN a observé un cas analogue; il s'agissait d'un malade qui eut pendant 7 jours des accidents d'ictère grave avec hémorrhagies. L'autopsie montra qu'il s'agissait, probablement, du foie hypertrophié qui caractérise le 1<sup>er</sup> stade de la cirrhose alcoolique.

**17. Kyste de l'ovaire chez une enfant d'un mois; par LEBUC,**  
interne.

Le 40 mai 1878, on fait l'autopsie d'une enfant D..., née le 10 avril 1878 et morte quelques heures après son entrée à l'infirmerie; les seuls symptômes présentés pendant la vie furent des vomissements bilieux:

A l'ouverture de l'abdomen, on voit au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule environ, ovoïde, transparente, fluctuante, de coloration citrine; elle occupe tout le petit bassin et déborde le détroit supérieur; cette tumeur a 45 millimètres dans son plus grand diamètre, 33 dans son plus petit; elle masque la vessie; — en la soulevant, après avoir enlevé les intestins, on voit qu'elle est comprise dans l'épaisseur du ligament large droit. La trompe passe en avant; l'ovaire, aux dépens duquel cette tumeur paraît développée, est à sa partie interne et se montre aussi un peu sur sa face antérieure; cet ovaire est d'ailleurs manifestement moins volumineux que celui du côté opposé. — Les parois de la tumeur sont le siège d'une vascularisation très-fine. Le liquide qu'elle contient est limpide, citrin; traité par l'acide nitrique, il donne un abondant précipité d'albumine. A l'examen microscopique, on voit qu'il contient un grand nombre de granulations et quelques tractus fibrineux très-fins.

**18. Rapport sur la candidature au titre de membre adjoint,**  
de M. A. Mayor; par M. DEJERINE.

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Mayor, il en est une sur laquelle je crois devoir attirer l'attention de la Société. Il s'agit d'un cas de périostite phlegmoneuse diffuse compliquée d'endocardite. — Le malade, garçon marchand de vin, âgé de 17 ans, avait eu deux ans auparavant une attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Lors de son entrée à l'hôpital, il présentait un état typhoïde marqué et on constatait, d'autre part, l'existence d'un gonflement considérable du genou droit avec douleur, mais sans rougeur à ce niveau. — En outre l'articulation coxo-fémorale paraissait atteinte, car on provoquait de la douleur par la pression sur les points de la racine de la cuisse qui correspondent à cette jointure; puis le genou gauche, quoique indolore, présentait un léger épanchement. — Mais ce qui méritait surtout attention, c'était une hémiplégie gauche sans hémianesthésie. — En cherchant la

cause de cet accident, on trouvait un souffle systolique siégeant à la pointe du cœur, et qui, doux le jour de l'entrée, devenait rude et intense le lendemain. Du reste, dès le début, on remarquait que les battements du cœur étaient extrêmement énergiques. Bientôt, en restant réguliers et sans perdre de leur intensité, ils devenaient très-fréquents.

Le malade meurt le surlendemain de son entrée à l'hôpital. — A l'autopsie, on vérifie le diagnostic de périostite phlegmoneuse. En effet, une vaste collection purulente sous-périostée entourait le 1/3 inférieur du fémur. — La moelle osseuse présentait elle-même de petits foyers de suppuration jusqu'à mi-hauteur de l'os. — Mais, tandis que le genou droit était le siège de ce vaste épanchement simple sans communication avec l'abcès, l'articulation coxo-fémorale correspondante et le genou de l'autre côté paraissaient sains. Les lésions n'offraient rien de remarquable en elles-même. Ce qui en fait l'intérêt, c'est la coïncidence d'une endocardite dont le siège était la valvule mitrale. Là se trouvait une petite végétation, ramollie à son centre, rompue et dont les débris ayant formé embolie dans le cerveau avaient donné lieu au symptôme hémiplégie. En effet, dans le lobe gauche et dans le lobe droit, se voyaient des foyers de ramollissement. — Ceux du lobe gauche siégeaient dans le lobe occipital, ceux du lobe droit à la base des circonvolutions motrices, et l'un d'eux dans la capsule interne qu'il coupait pour ainsi dire entre les deux noyaux du corps strié.

Ces lésions cérébrales ont donné lieu par conséquent à leurs symptômes habituels. La principale lésion du lobe droit siégeant dans la partie antérieure de la capsule interne a déterminé une hémiplégie vulgaire sans hémianesthésie. — Les lésions du lobe gauche, n'occupant que le lobe occipital, n'ont au contraire donné lieu à aucun trouble appréciable de la motilité ou de la sensibilité.

Aussi n'est-ce point sur ces foyers de ramollissement, mais sur l'endocardite qui leur a donné lieu, que nous désirons insister. Et d'abord cette coïncidence de l'endocardite avec une lésion articulaire chez un rhumatisant eût pu faire errer si l'on n'eût remarqué le volume de l'articulation malade et si l'existence d'une arthrite du genou gauche n'avait été certaine. Mais il nous semble que l'on eût pu, en outre, concevoir des doutes sur l'origine purement articulaire du gonflement du genou droit en voyant noté dans l'observation de M. Mayor ce fait que la jointure n'offrait pas, dans le cas actuel, la forme qu'elle présente habituellement dans les cas de vaste épanchement. — En effet, les culs-de-sacs sous-tricipitaux de la synoviale ne marquaient point leur saillie comme ils le font

lorsqu'ils sont fortement distendus. Ils étaient évidemment masqués ou refoulés.

Enfin, en elle-même, l'endocardite n'était point faite pour nous faire rejeter l'idée de périostite phlegmoneuse diffuse. En effet, cette complication a été citée dans les cas d'ostéomyélite à côté d'autres complications viscérales. Elle a même fourni des arguments précieux aux auteurs qui ont soutenu l'origine rhumatismale de la périostite diffuse et à ceux qui, comme Roser, sont arrivés à désigner cette affection sous le nom de *pseudo-rhumatisme*. — Les bulletins de la Société anatomique renferment un certain nombre d'observations d'endocardite survenue dans le cours de l'ostéo-myélite ; elles sont dues à MM. Louvet, Campenon, Hirtz, etc. — A côté de ces cas de lésions de l'endocarde, nous pouvons citer de nombreuses observations d'inflammation du péricarde. M. Giraudeau les avait notées, MM. Gadaud et Petit en ont présenté ici des exemples intéressants. — Faut-il en conclure à la nature rhumatismale de la périostite diffuse ?

Et d'abord les lésions cardiaques, par leur nature, peuvent-elles nous être de quelque secours dans l'étude de cette question. Les lésions du péricarde sont variables. — Tantôt il s'agit d'une péricardite sèche (Gadaud) tantôt d'une péricardite avec épanchement (R. Petit). — Du reste, pas d'autres détails. — Quant à celles de l'endocarde, plus intéressantes peut-être, elles n'offrent pas une plus grande unité. — En effet, pour ne citer que les cas extrêmes, dans l'observation de M. Campenon, nous avons affaire à une endocardite végétante, dans celle de M. Hirtz, à une endocardite ulcéreuse. — Dans la première, il s'agit d'une périostite de la partie supérieure du fémur survenue sans cause connue et qui, après avoir évolué normalement, se complique, vers le 18<sup>e</sup> jour, d'une endocardite qu'on reconnaît à l'autopsie être purement végétante et n'avoir donné lieu à aucune embolie. — Dans la seconde, la périostite siège encore à la cuisse. — Elle donne lieu à un état ataxo-adynamique sans autres troubles du côté du cœur qu'une grande précipitation des battements. A l'autopsie, on constate l'existence de trois petites ulcérations grisâtres à bords rouges, situées sur les parois du ventricule gauche.

Quant au cas dont nous nous occupons, il nous est difficile de dire s'il s'agit d'une endocardite ulcéreuse. On pourrait le penser en songeant que l'ulcération de l'endocarde est survenue dans une maladie d'une gravité extrême qui reconnaît souvent pour cause le surmenage. Mais nous ferons remarquer que l'ulcération siégeant sur une végétation est unique et que, de plus, les infarctus du rein, que l'on a trouvés dans ce cas n'avaient rien de caractéristique.

Ainsi l'étude des lésions endocardiques de la périostite phlegmoneuse diffuse ne nous paraît pas, jusqu'à présent, fournir de matériaux à la discussion engagée sur l'étiologie de cette affection. Il nous est impossible cependant de ne pas faire remarquer que le malade dont nous avons rappelé l'histoire avait eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu dans sa jeunesse, que cette affection s'était terminée par la guérison, et que, lorsqu'il se présentait à l'hôpital pour la seconde fois, il venait d'être soumis aux causes de débilitation inhérentes à la profession qu'il exerçait. — Si l'on admettait l'origine rhumatismale de l'ostéomyélite, peut-être pourrait-on voir dans les conditions hygiéniques différentes dans lesquelles se trouvait cet enfant lors de la première atteinte de rhumatisme et lors de l'invasion de l'affection osseuse, la cause de la forme différente qu'ont affectée les accidents dans ces deux cas.

Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à attirer l'attention de la Société sur l'importance des complications viscérales de la périostite phlegmoneuse diffuse et en particulier sur la fréquence relative des complications cardiaques de cette affection.

**19. Tumeur à myéloplaxe généralisée. — Sarcome angioplastique, note additionnelle à la présentation de M. Robin ; par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur au Collège de France.**

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique de pièces présentées par M. Robin dans la séance du 29 mars 1878 et concernant un cas de tumeur généralisée des os. Les points examinés ont été ; 1° Les régions épaissies du rebord alvéolaire du maxillaire inférieur ; 2° Les parties ramollies du fémur non fracturé ; 3° La tumeur du tibia ; 4° La portion kystique du fémur qui était le siège de fracture.

Des fragments d'os ont été décalcifiés par macération successive dans le bichromate d'ammoniaque à  $\frac{2}{100}$  et une solution saturée d'acide picrique et durcis par la gomme et l'alcool. Les coupes colorées par le picrocarminate d'ammoniaque ont été montées dans la glycérine picrocarminée.

*A. Fémur non fracturé*, au niveau du point examiné, le tissu du fémur était friable et ramolli ; il se laissait facilement pénétrer par le scalpel et la moelle était rouge.

Le tissu osseux est transformé en tissu spongieux. Les espaces médullaires présentent, pour la plupart l'apparence normale, mais dans quelques-uns d'entre eux la moelle est infiltrée d'éléments embryonnaires. Ces points représentent des

foyers limités d'ostéite raréfiante légère. Le nombre des myéloplaxes et n'est pas augmenté.

*B. Maxillaire inférieur.* Les coupes du maxillaire ont été faites perpendiculairement à la surface de l'os : elles intéressent le périoste et les couches osseuses sous-jacentes. Le périoste est hérissé de papilles fibreuses, infiltrées, surtout vers leur extrémité, d'éléments embryonnaires et parcourues par des vaisseaux parallèles à leur axe. L'os est normal, sauf sur les points où on rencontre des foyers sarcomateux qui seront décrits en détail là où ils se rencontreraient en plus grand nombre et sont plus étendus, c'est-à-dire, dans le tissu osseux du fémur fracturé et du tibia.

*A. Tibia.* Le tibia est le siège d'une tuméfaction au niveau de laquelle le tissu osseux est friable et la moelle rougeâtre. Le coupe est également perpendiculaire à la surface de l'os.

A un faible grossissement, on trouve aussi le tissu osseux sous-périostique transformé en tissu spongieux; les trabécules osseuses sont usées irrégulièrement comme dans l'ostéite raréfiante et quelques-unes d'entre elles sont isolées au milieu du tissu médullaire. Il existe de grands espaces où le tissu osseux a complètement disparu. Le tissu médullaire même, à ce faible grossissement, semble présenter tous les degrés d'altération entre le tissu normal et le tissu sarcomateux et ces altérations sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche plus du revêtement périostique. Il est parsemé d'un grand nombre de foyers d'aspect également sarcomateux, au centre desquels se rencontrent de nombreuses cellules géantes, très-volumineuses. Enfin, le tissu médullaire est fortement congestionné. Les vaisseaux sont dilatés et la surface de la coupe est semée de granulations isolées ou agglomérées d'hématosine. De plus forts grossissements vont nous permettre de préciser toutes ces lésions et d'étudier les rapports et la situation des cellules géantes.

Dans les parties les moins altérées, la moelle osseuse est seulement congestionnée et infiltrée de pigment sanguin. Elle est constituée par un tissu conjonctif fibrillaire lâche, entre les fibres duquel se trouvent des cellules lymphatiques et des cellules conjonctives granuleuses et granulo-graisseuses. Au centre des espaces médullaires, on rencontre des cellules adipeuses et le long des trabécules osseuses des cellules à noyaux multiples et des ostéoblastes.

Au voisinage des foyers sarcomateux, le tissu de la moelle est infiltré de cellules lymphatiques plus nombreuses. Beaucoup sont entourées de tissu médullaire devenu fibreux, fibro-sarcomateux ou semblable au sarcome fasciculé. Les vaisseaux sont congestionnés et leur contenu est directement en rapport



avec le tissu ambiant. Beaucoup contiennent un nombre de globules blancs plus grand qu'à l'état normal.

Si le tissu qui entoure les foyers sarcomateux offre déjà les caractères du sarcome fasciculé et du fibro-sarcome, ceux-ci, constitués par des amas d'éléments embryonnaires mériteraient le nom de sarcome globo-cellulaire. Ils sont remarquables par la présence de nombreuses cellules géantes. Ces cellules sont constituées par des plaques généralement épaisses de protoplasma qui se colore fortement en jaune brun par le picro-carmin. Elles sont munies d'un nombre de noyaux plus ou moins considérables irrégulièrement disposés et présentent des prolongements dont quelques-uns, très-allongés et également nucléés se perdent dans l'épaisseur des coupes ou ont été sectionnés sans qu'on puisse saisir, dans l'espèce, de relation entre eux et des vaisseaux. Leur protoplasma contient des granulations nombreuses, souvent des granulations de pigment sanguin : on y voit aussi quelquefois des vacuoles, mais dans aucune il n'a été possible de constater la présence de globules rouges du sang. Ces cellules géantes sont situées dans des espaces un peu plus grands qu'elles, dont les parois, bien nettes, présentent des noyaux ovalaires et sont formées par le tissu conjonctif voisin. En examinant un grand nombre de points des préparations, on arrive facilement à se convaincre qu'elles sont, au moins pour la plupart, contenues dans de véritables cavités vasculaires. On voit, en effet, des vaisseaux largement béants et coupés, soit transversalement, soit longitudinalement, soit en biseau, facilement reconnaissables à leur revêtement endothélial et aux globules rouges et blancs qu'ils contiennent, que présentent, accolées à leurs parois, des cellules géantes très-belles comme si celles-ci s'étaient développées aux dépens de leur endothélium.

Ailleurs, les vaisseaux ne sont pas dilatés mais on voit, sur un point de leur parcours, une cellule géante qui s'y trouve comme arrêtée et au niveau de laquelle le vaisseau s'est élargi.

*D. Fémur fracturé.* La portion malade du fémur fracturé était gonflée et présentait des loges nombreuses à surface lisse. Ici les altérations sont beaucoup plus avancées que dans les os que nous venons d'examiner : le tissu médullaire est presque entièrement transformé en tissu sarcomateux et en partie organisé en tissu conjonctif adulte, les masses embryonnaires y sont plus étendues et les cellules géantes s'y rencontrent en plus grand nombre. La lésion que nous avons vue dans les autres points procéder par nodules isolés tend à devenir générale et à affecter la masse entière de l'os malade.

Les grandes cavités kystiques résultent d'hémorrhagies survenues au sein des espaces médullaires, par suite de la dis-

tension exagérée des veinules et capillaires de la moelle dont les parois sont revenues à l'état embryonnaire. On rencontre en effet des sections de ces vaisseaux énormément dilatés et les parois des kystes sont constituées par du tissu fibreux revêtu, du côté de la cavité kystique, d'une couche embryonnaire parsemée de cellules géantes. Le contenu des kystes est purement sanguin. Il semble résulter de ces faits que l'hémorrhagie s'est faite de préférence dans les régions centrales des espaces médullaires, occupées uniquement par des amas d'éléments embryonnaires et de cellules à noyaux multiples.

*Définition histologique et conclusions.* — La pièce dont nous venons de décrire les caractères histologiques, nous paraît présenter quelque intérêt au point de vue anatomique et au point de vue clinique. Si, d'abord, nous cherchons quelle place doit lui être assignée dans les classifications, nous voyons qu'elle ne peut être rapprochée ni des *tumeurs ostéoïdes* de MULLER, ni du *sarcome ostéoïde* de VIRCHOW, ni de la *tumeur osseuse généralisée* si remarquable que M. BOUVERET vient de décrire sous le nom de tumeurs à ostéoblastes, et qui ne nous semble être qu'une des formes du groupe complexe des tumeurs ostéoïdes. Elle est uniquement caractérisée par la transformation sarcomateuse de la moelle osseuse avec production de nombreuses cellules géantes, groupées au centre des nodules sarcomateux. Le nom qui lui convient le mieux nous semble donc être celui de *sarcome à cellules géantes*.

Nous n'avons pas l'intention, à propos d'un fait isolé, de faire ici l'histoire des cellules géantes et de discuter leur signification. Nous rappellerons seulement que les recherches de BRODOWSKI, et celles plus récentes et non encore publiées *in extenso* de M. MALASSEZ ont montré d'une manière indubitable que ces éléments, dans certains cas du moins, étaient directement en rapport avec les vaisseaux sanguins et devaient être considérés comme des cellules vaso-formatives décrites par M. le professeur RANVIER, hypertrophiées et arrêtées dans leur évolution (réseaux vaso-formatifs métatypiques). Ici, nous n'avons pu voir, comme ces observateurs, la cellule géante placée en dehors du vaisseau communiquer avec lui par un cordon protoplasmique analogue aux cordons angioplastiques de ROUGET, ni les vacuoles dont leur protoplasma est souvent creusé contenant des globules du sang. Notre pièce n'est donc pas aussi favorable que celles qu'ils ont pu examiner, pour démontrer la signification angioplastique de ces éléments.

Par contre, nous avons vu très-nettement et nous avons même pu dessiner des cellules géantes contenues dans les cavités vasculaires aux dépens de la paroi desquelles elles sem-

blaient s'être développées. Ce fait a été vu par tous les observateurs qui se sont occupés de cette question et notamment par SCHUPPEL.

Au point de vue clinique, l'observation de M. ROBIN nous offre un cas de tumeur à myéloplaxes généralisée. Les chirurgiens, en décrivant cette sorte de tumeur, tendent généralement, avec Eug. NÉLATON, à la regarder comme de nature bénigne et nous voyons, par exemple, dans l'ouvrage de FOLLIN » qu'elles ne sont graves que par leur état lourd, car elles ne » se généralisent pas dans l'économie et ne sont pas suivies de » récédive quand tout a été enlevé. »

M. HOUEL, cependant, dans son appendice à l'anatomie pathologique de Cruveilhier, a fait quelques réserves à ce sujet. Pour lui, les cas de tumeurs à myéloplaxes bien analysées sont trop rares pour qu'on puisse se prononcer d'une manière définitive sur leur degré de gravité, et il cite un cas de WILLST touchant une tumeur de cette nature qui se serait généralisée.

Cet optimisme des chirurgiens provient en grande partie de ce fait que, sous le nom essentiellement clinique de tumeurs à myéloplaxes, ils ne comprennent que les plus bénignes des tumeurs qui renferment de ces éléments, et les recherches microscopiques seules, en analysant les éléments de ce groupe complexe, pourront établir leurs différents degrés de bénignité ou de malignité. Toutes les tumeurs, en effet, de la série conjonctive, depuis le sarcome presque pur jusqu'au sarcome le plus voisin de l'état embryonnaire, peuvent présenter des cellules géantes en nombre plus ou moins considérable : il en est de même d'un grand nombre de tumeurs mixtes. On conçoit donc que la présence de ces cellules dans une tumeur osseuse ne puisse être une garantie de bénignité si le reste de la masse morbide est constitué par un tissu sarcomateux dont la présence indique toujours l'idée d'une certaine malignité et quelquefois d'une malignité extrême.

Indépendamment de la valeur pronostique que l'on peut tirer de la nature du stroma, il est probable que le degré de développement et d'activité des cellules géantes joue dans l'avenir des tumeurs un rôle important. Tantôt, en effet, celles-ci paraissent inertes et semblent avoir atteint le terme de leur évolution ; elles peuvent même, ainsi que nous l'avons

vu, subir la dégénérescence graisseuse. Tantôt au contraire, elles paraissent concourir activement à la formation de vaisseaux nouveaux et l'on comprend sans peine que leur signification pronostique soit plus grave dans le second cas que dans le premier.

**20. Granulie. — Tuberculose miliaire du foie, de la rate, des reins et des poumons. — Adémopathie trachéo-bronchique;** par Maurice LÉTULLE, interne des hôpitaux.

M..., 48 ans, entrée le 8 mai, salle Saint-Jeanne (service de M. CONSTANTIN PAUL) se plaint d'être souffrante depuis huit jours. L'année dernière, elle avait été quelque temps fatiguée par son service de femme de chambre, mais elle s'était parfaitement remise grâce à un séjour à la mer. Depuis deux mois environ elle se trouvait assez mal à l'aise, mais avait pu continuer son travail. Elle s'est mise au lit très-abattue il y a huit jours; insomnie, inappétence, constipation. Elle entre dans cet état à l'hôpital.

Les traits de la malade sont un peu tirés; la face est colorée; les conjonctives injectées. La langue humide, légèrement saburrale. L'abdomen est souple, nullement tympanisé. Pas d'épistaxis; nuits assez bonnes. On pense à une fièvre continue au début, surtout en tenant compte de la température élevée du soir: 39°,8.

Le lendemain 10 mai, la température étant tombée à 38°, les poumons respirant normalement, on se range plutôt à l'avis d'un embarras gastrique fébrile. Cependant le soir même, la fièvre augmente et la température axillaire atteint 39°,8.

Ces oscillations bizarres, mal expliquées par un état général peu marqué, sollicitent l'attention. On examine avec soin les poumons où l'on ne trouve rien, sinon une rudesse assez grande des bruits respiratoires au sommet droit, en avant et en arrière. Pas de râles, un léger retentissement de la voix. D'ailleurs la malade ne tousse presque pas.

11, 12. L'état ne change pas. Les nuits sont moins bonnes, la malade ne dort presque pas. Elle se plaint de céphalalgie et d'inappétence complète. On surveille attentivement l'état du poumon dont les signes stéthoscopiques ne se modifient pas notablement. Cependant, le 13, on croit entendre dans la fosse sus-épineuse droite quelques râles sous-crépitaux fins. La respiration est plus rude.

13. Ce soir, la température monte encore à 39°,6. Les oscillations de la température se répétant, permettent de craindre l'évolution d'une tuberculose aiguë

A partir de ce jour, l'état général devient de plus en plus mauvais. La malade, le 15, se plaint d'un point de côté violent sous le sein gauche. Les bruits respiratoires deviennent très-rudes dans toute l'étendue des deux poumons. Il existe même un souffle profond, mais notable, au sommet droit. Des râles sous-crépitaux et muqueux, fins, éclatent dans l'étendue des deux poumons. La dyspnée s'était manifestée dès le 13 mai. En même temps, détail important, la face se cyanose progressivement. Les nuits deviennent très-agitées. La constipation est opiniâtre, la langue se dessèche sans être fuigineuse.

Le pouls s'élève, les bruits du cœur deviennent tumultueux. L'intelligence reste cependant assez vive dans la journée.

Enfin, le 18 juin, vingt jours après le début de la maladie, l'anxiété respiratoire est extrême, les râles sous-crépitaux peu abondants, disséminés dans toute la hauteur des deux poumons, permettent pourtant d'entendre encore le murmure vésiculaire; la face est injectée, violacée; les conjonctives gorgées de sang; soubresauts des tendons; agitation; mort à 2 heures. Voici le tableau de la température axillaire depuis le jour de l'entrée.

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| 8 mai.                      | S. 39° 8. |
| 9. — M. 38° 2. — S. 39° 8.  |           |
| 10 — M. 38° » — S. 38° 6.   |           |
| 11. — M. 38° » — S. 38° 6.  |           |
| 12. — M. 38° 2. — S. 39° 6. |           |
| 13. — M. 38° » — S. 39° 4.  |           |
| 14. — M. 38° 8. — S. 39° 2. |           |
| 15. — M. 38° 2. — S. 39° »  |           |
| 16. — M. 38° 2. — S. 39° ». |           |
| 17. — M. 37° 6. — S. 39° 4. |           |
| 18. — M. 38° 8. — S. 40° 2. |           |
| 19. — M. 40° » — S. Mort.   |           |

AUTOPSIE. — Les poumons, énormément congestionnés, d'un rouge violacé, très-lourds, apparaissent sur les coupes, farcis de granulations tuberculeuses, presque aussi confluentes aux bases qu'aux sommets. Les granulations du sommet sont cependant plus volumineuses, plus grisâtres, plus friables que les granulations miliaires des lobes inférieurs. En somme, les lésions, quoique récentes, sont moins avancées aux régions inférieures qu'aux lobes supérieurs. En aucun point du parenchyme, nous ne trouvons de noyaux caséeux. Nombreuses ecchymoses sous-pleurales et sous-épicaudiques.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont plus durs et plus

gros que normalement, bien qu'ils aient conservé un aspect rosé remarquable. Sur les coupes, on trouve la plus grande partie de ces ganglions farcis de masses tuberculeuses jaunâtres, caséuses, peu volumineuses, déjà très-friables.

C'est un gros ganglion sous-bronchique du hile du poumon droit qui offre les lésions les plus étendues et peut-être les plus avancées ; il est rempli de trois ou quatre gros noyaux caséux ramollis.

Il existe par conséquent une apparente disproportion dans l'âge des lésions pulmonaires et ganglionnaires. Est-ce à dire pour cela que les lésions ganglionnaires soient les plus anciennes ? aucunement, à notre avis, du moins. Ici, comme on le voit souvent chez les enfants, l'adénopathie similaire a reproduit rapidement les mêmes lésions que celles du parenchyme pulmonaire. L'évolution des lésions tuberculeuses y a été plus hâtive, voilà la seule différence, et a permis ainsi de trouver de nombreux ganglions déjà caséux, tandis que les granulations pulmonaires commençaient à peine à s'opacifier.

Le foie est farci de granulations miliaires extrêmement petites et très-jeunes. Le péritoine péri-hépatique et péri-splénique est parsemé de fines granulations saillantes.

Les reins sont remplis de granulations qui sont surtout accumulées dans la couche corticale et toutes, sauf une seule, remarquables par leurs petites dimensions et par une auréole hyperémique, peut-être hémorrhagique, qui les entoure. Un seul gros tubercule du volume d'un pois, est isolé dans la substance corticale du rein droit, au voisinage d'une pyramide de Malpighi. Tous les autres viscères sont intacts. Le péritoine est sain.

RÉFLEXIONS. — 1° Dans le fait actuel les oscillations irrégulières de la température, la dyspnée progressive, la cyanose et les râles sous-crépitaux disséminés ont permis de porter en même temps qu'un diagnostic assuré un pronostic fatal à courte échéance.

2° L'élévation progressive de la température dans les derniers jours de la vie constitue un fait remarquable dans l'évolution de la tuberculose miliaire aiguë. Aucune autre lésion inflammatoire n'a pu être décelée.

3° L'adénopathie similaire trachéo-bronchique a procédé, toutes proportions gardées, beaucoup plus rapidement que la tuberculose miliaire du poumon.

4° La mort paraît avoir été la conséquence d'une asphyxie réelle par suppression rapide d'une étendue considérable du champ respiratoire.

*Séance du 24 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### **21. Alcoolisme chronique.**

M. DECAISNE présente les pièces provenant d'un malade atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel s'étaient manifestés, depuis quelque temps, des troubles de la déglutition : les aliments solides passaient avec une certaine facilité, mais le malade rendait par régurgitation tous les liquides absorbés. En dernier lieu on trouva, chez cet homme, les signes d'une affection aiguë du thorax.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage, qui communiquait avec la trachée. De plus, on trouva, dans le thorax, un épanchement purulent abondant.

### **22. Petit rein gras ; — Granulie du péritoine ; par P. MERKLEN, interne des hôpitaux.**

Gaudet, Alexandre, 61 ans, employé, entré le 12 janvier 1878, salle Saint-Michel, lit n° 23, dans le service de M. EMPIS.

Ce malade avait toujours eu une bonne santé avant l'hiver dernier. Il contracta à cette époque une bronchite chronique, dont il ne fut guéri qu'à la fin du mois de mai. Deux mois après il entra dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine pour une hydropisie qui avait débuté par la face et les membres inférieurs ; soumis au régime lacté, il sortit de l'hôpital, au mois de septembre, dans un état assez satisfaisant, mais non guéri. Il lui restait un peu d'œdème malléolaire, et, peu de jours après, il était repris de bronchite.

A son entrée à la Charité, l'hydropisie était très-prononcée ; indépendamment de l'œdème surtout accusé aux membres inférieurs, à la face, au scrotum, il y avait de l'ascite. Le malade se plaignait en outre d'une dyspnée constante avec petits accès de toux ; à l'auscultation et à la percussion, on constatait l'existence d'un œdème pulmonaire aux deux bases, rien dans le reste des poumons. Du côté du cœur, augmentation de la matité et, par moment, dédoublement du premier bruit à la pointe, bruit de galop. Les urines non modifiées

d'une manière appréciable dans leur quantité avaient l'aspect du bouillon de veau et les réactifs habituels y décelaient la présence d'une grande quantité d'albumine. A ce moment il n'existait ni troubles oculaires, ni diarrhée, ni vomissements.

Le régime lacté et les bains de vapeur amenèrent d'abord une amélioration très-notable dans l'état du malade, mais bientôt survinrent des accidents d'urémie lente consistant en diarrhée, vomissements, céphalées avec vertiges, amaurose passagère, quelquefois difficulté de la parole, enfin délire. Le malade succomba dans un véritable état de cachexie le 12 mai.

**AUTOPSIE.** A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'un liquide ascitique en grande quantité, péritoine parsemé dans toute son étendue, particulièrement au niveau de l'épiploon et du mésentère, de granulations tuberculeuses; la séreuse est épaissie par places.

Les plèvres sont indemnes. Les poumons engoués à leur base présentent à la coupe un certain nombre de tubercules crétacés, et de plus, des cicatrices aux deux sommets.

Le cœur est remarquable par une hypertrophie très-notable du ventricule gauche sans lésions d'orifice. Son volume est double environ du volume normal.

Le foie paraît sain. La rate est indurée et atrophiée.

Les reins sont remarquables par un certain degré d'atrophie coïncidant avec les apparences extérieures du gros rein blanc. Ils sont petits, diminués d'un tiers environ, blancs et lisses. La capsule fibreuse se laisse décoller facilement en n'entraînant que sur quelques points la substance du rein. A la coupe de l'organe, la substance corticale est blanche avec points jaunâtres, réduite au tiers environ de son épaisseur; la substance médullaire paraît normale.

Malgré la longue durée de la diarrhée et des vomissements, l'estomac et l'intestin ne présentent pas trace d'ulcérations urémiques, mais quelques infarctus hémorragiques.

*Examen histologique.* Du côté du rein, lésions multiples portant à la fois sur les épithéliums, le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Dans toute l'étendue du rein la gangue conjonctive est épaissie; mais cette altération est surtout prononcée dans la région du labyrinthe. De nombreux glomérules de Malpighi sont réduits absolument à l'état de bourgeons fibreux entourés d'une zone de tissu embryonnaire.

Les vaisseaux présentent les altérations de l'endartérite chronique, avec cette particularité que des gouttelettes de graisse en assez grande quantité se sont produites dans l'é-



paisseur de leurs tuniques hypertrophiées, fait confirmé par l'examen après action de l'acide osmique.

Quant aux tubuli, leurs lésions sont diverses : les uns, surtout au centre des lobules, sont dilatés, remplis d'un épithélium granuleux ou granulo-grasieux, altération mise en évidence par l'acide acétique qui met la graisse en liberté de l'acide osmique qui la colore en noir ; d'autres sont atrophiés, dépourvus d'épithélium ; enfin, leur altération la plus remarquable est la présence, dans un certain nombre d'entre eux, surtout dans les tubes de Henle, de matière colloïde. Sur certains points, on voit dans les tubuli l'épithélium gonflé et vésiculeux, la matière colloïde encore peu abondante ; ailleurs, au contraire, les cylindres colloïdes occupent tout le calibre des tubuli et l'épithélium est aplati contre les parois.

Examinées au microscope sur des coupes perpendiculaires, les granulations du péritoine sont constituées par des zones de tissu embryonnaire, tantôt diffuses, tantôt nettement limitées et formant des nodules remarquables par la présence, à leur périphérie, de cellules géantes du tubercule.

L'examen histologique des parties engouées du poumon a permis d'y constater les lésions de la pneumonie catarrhale.

REMARQUES. 1<sup>o</sup> Les caractères cliniques de cette forme de mal de Bright paraissent se rattacher à une néphrite parenchymateuse. Il s'agissait néanmoins, ainsi que l'ont démontré l'autopsie et l'examen histologique, d'une néphrite mixte, et plus particulièrement de celle que Johnson a décrite sous le nom de petit rein gras granuleux.

2<sup>o</sup> La tuberculose miliaire du péritoine, sans lésions tuberculeuses récentes d'autres organes et sans symptômes appréciables pendant la vie, constitue d'autre part une particularité intéressante de cette observation. L'état de détérioration organique dans lequel était tombé le malade aura sans doute provoqué cette éclosion de tubercules chez un individu en puissance de la diathèse ; quant au siège de cette manifestation, il pourrait peut-être trouver sa raison d'être dans l'irritation déterminée sur la séreuse péritonéale par l'ascite.

**23. Etranglement interne par un épithélioma cylindrique du gros intestin ; noyaux secondaires dans le fœle ; par J. D. JERINE, interne des hôpitaux.**

La nommée Martin (Marguerite), âgée de 57 ans, polisseuse en bijoux, est entrée le 13 mai 1878, salle Sainte-Madeleine, lit n<sup>o</sup> 2.

Ses parents sont morts, mais rien de particulier à noter à leur égard ; ses frères et sœurs se portent bien.

Elle a eu une fluxion de poitrine dans sa jeunesse; elle a toujours eu un bon appétit; les selles et la miction étaient faciles; toujours bien réglée. Elle a perdu deux enfants. Pas d'antécédents syphilitiques ni cancéreux.

Depuis le mois de janvier, cette malade a eu de la difficulté dans les selles, elle avait des alternatives de constipation et de diarrhée; et depuis trois semaines les selles ont été complètement *suspendues*; depuis cette époque, il n'est sorti par l'anus aucun gaz. Son ventre est *douloureux* depuis un mois. La pression réveillait surtout la douleur au côté gauche. La douleur était sourde et profonde.

Il y a un mois, le ventre a commencé à gonfler, le ballonnement se faisait peu à peu; la malade dit qu'elle sentait dans son ventre des *roulements perpétuels*, souvent des renvois de gaz par la bouche.

Les vomissements ont apparu il y a trois semaines; d'abord alimentaires, puis sont venus les vomissements bilieux, qui ne se sont pas arrêtés; ils avaient lieu trois ou quatre fois par jour. Ils soulageaient la malade, qui, dit-elle, ne demandait qu'à vomir. La malade a eu, la semaine dernière, des vomissements fécaloïdes comme de la bouillie, noirâtre, verdâtre, d'une odeur horrible et d'une saveur caractéristique. Ils ont commencé et duré la nuit. Elle a vomi trois ou quatre fois. Le lendemain, ont reparu les vomissements biliaires. Elle n'a jamais eu de fièvre.

*État actuel.* — Le rectum est complètement libre, au moins jusqu'au point où l'on peut arriver par le toucher rectal.

13 mai 1878. La douleur a diminué d'intensité. La constipation est complète. Rien du côté de l'utérus. Le météorisme a un peu diminué depuis son entrée. Le ventre est plus mou; la malade peut en saisir la peau entre ses doigts, ce qu'elle ne pouvait faire le 12 mai. Purgatif avec 2 gouttes d'huile de croton. Aucun résultat.

14 mai. L'état était le même; elle a vomi deux fois de la bile avec des mucosités; l'odeur n'est pas fécaloïde. Pas de fièvre. En percutant le ventre, on trouve partout de la sonorité excepté au niveau du cœcum et du côlon ascendant qui présentent de la matité.

Traitement: Toutes les 3 heures, un paquet: calomel 0,10 centigrammes; Extr. belladone, 0,01; trois fois par jour des lavements avec du lait et 1/4 d'eau de Vichy. Glace. La nuit a été assez bonne; la malade a assez bien dormi; elle a pu reposer sur le dos, ce qu'avant elle ne pouvait faire.

15 mai. Pas de vomissements, pas de fièvre. Constipation complète; pas d'élévation de la température. Les borborygmes sont nombreux, mais moins qu'auparavant. La langue est rou-

ge sur les côtés, blanchâtre au milieu ; elle est sèche. La soif est vive. Dans l'après-midi, la malade a rejeté par l'anus deux ou trois gaz qui l'ont soulagée. Elle n'a pas eu de fièvre la soir. La nuit n'a pas eu presque de sommeil.

16 mai: Même état; le pouls est un peu plus rapide ; le faciès abattu, la langue est moins sèche. Même traitement ; pas de vomissements.

La malade n'a pas du tout dormi; elle a eu de *fortes douleurs* abdominales; remontant vers l'estomac. On lui a injecté deux siphons d'eau de Seltz qui n'ont abouti à rien.

17. Le ventre est un peu plus tendu ; de nombreux borborygmes la fatiguent ; la malade est plus prostrée qu'hier, elle a un peu de hoquet. 100 pulsations. La peau est un peu chaude, elle a rendu des gaz par l'anus, mais pas de matières fécales. Elle a vomé deux fois ; à midi, elle a eu un fort frisson.

18. Le ventre est toujours ballonné. 3 gr. d'ext. de bellad. et 30 gr. d'axonge. Pas de gaz par l'anus. Même état général. Elle a vomé presque toute la journée. Pas de frissons, pas de fièvre.

19. Le ventre est plus douloureux; quelques gaz par l'anus, borborygmes ; ballonnement plus marqué. Constipation complète. La figure est dans le même état ; quand la malade urine, le ventre est douloureux. Les couvertures la fatiguent. Pas de fièvre, pas de frissons. Même traitement.

20. Elle a vomé toute la journée. Mort.

AUTOPSIE faite le 22 mai. — L'intestin grêle est très-dilaté, ainsi que les côlons dont le volume est quadruplé ; à la surface de l'intestin grêle, on trouve quelques exsudats séro-purulents de péritonite récente.

A la partie terminale de l'S iliaque, un peu avant d'arriver au rectum, on constate l'existence d'un rétrécissement du canal intestinal ; à ce niveau, le gros intestin présente un épaississement de ses parois sur une hauteur de trois centimètres environ. Cet épaississement a une forme assez régulièrement annulaire et a une consistance très-dure. En incisant la paroi intestinale, on arrive sur la face interne de la tumeur et l'on constate qu'à ce niveau le calibre du canal admet à peine l'extrémité d'une sonde cannelée ; la muqueuse du gros intestin est intacte et recouvre la tumeur, sauf en un point où elle est recouverte d'une couche de bourgeons charnus.

Le foie présente plusieurs tumeurs, dont une occupe à elle seule presque tout le lobe gauche du foie (1) ; ces tumeurs

---

(1) La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

sont arrondies, se délimitent assez facilement du tissu hépato-lique environnant sans en être cependant séparées par une enveloppe de tissu conjonctif. Leur coloration est d'un blanc uniforme, leur consistance molle, se désagrégeant facilement sous le doigt sans présenter toutefois les caractères de la régression caséuse, elles ne donnent pas de suc au raclage.

L'examen des autres viscères ne nous a pas montré d'altérations appréciables ; à part un certain degré d'athérôme artériel, les poumons en particulier ne présentaient aucun néoplasme.

*Examen microscopique.* — L'examen microscopique pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Vulpian nous a donné les résultats suivants :

*Tumeur de l'intestin.* — Cette tumeur qui occupait sous la forme d'un anneau la partie terminale de l'S iliaque, dans une étendue de trois centimètres, a été examinée par le raclage à l'état frais. Ce mode d'examen a fait constater la présence d'une grande quantité de cellules d'épithélium cylindrique, quelques-unes munies de deux noyaux se colorant très-facilement par le picro-carmin. Après durcissement dans l'alcool, on a pratiqué une série de coupes perpendiculaires à la longueur de la tumeur ; ces coupes, colorées au picro-carmin et examinées dans la glycérine, nous ont présenté les altérations suivantes : A un faible grossissement, on voit tout d'abord et sur toutes les préparations que la lésion est d'emblée sous-muqueuse et qu'elle reste telle partout ; les glandes de l'intestin avec leur épithélium caliciforme sont remarquables de netteté ; il en est de même du tissu cellulaire sous-muqueux, sauf en un point où l'altération atteignait la surface interne de l'intestin ; c'est dans le tissu musculaire surtout que se montre l'altération : cette couche musculaire est criblée de cavités, les unes arrondies, les autres plus ou moins allongées, suivant le sens de la coupe ; ces cavités présentent un bord limitant fortement coloré en rose et qu'à un plus fort grossissement on reconnaît comme formé par une couche régulière d'épithéliums cylindriques. Tantôt la cavité qui circonscrit cet épithélium est plutôt virtuelle, en ce sens que ses bords sont en contact ; tantôt, au contraire, il y a de véritables petits kystes, les uns vides, les autres contenant des amas d'épithélium cylindrique normal ou en régression grasseuse. À ces différents caractères, il est facile de reconnaître que l'on a affaire à un épithélioma cylindrique du gros intestin.

*Tumeurs du foie.* — Par le raclage à l'état frais, on obtient une quantité considérable de cellules cylindriques ayant les mêmes caractères que celles de la tumeur primitive. Sur des coupes après durcissement dans l'alcool, chaque tumeur ap-

paraît constituée par une multitude de cavités tubulées, tapissées par un épithélium cylindrique implanté perpendiculairement à la paroi ; et ces tumeurs présentent la même texture que celle de l'intestin. Ce sont des épithéliomes cylindriques du foie, absolument semblables à la tumeur primitive. Les autres viscères et les poumons en particulier n'ont pas présenté de lésions.

**M. HOUËL.** Dans un mémoire que j'ai publié sur les occlusions intestinales et l'étranglement interne, j'ai montré que l'un des sièges les plus fréquents de l'étranglement était situé à l'union de la partie inférieure de l'S iliaque et de l'extrémité supérieure du rectum. En ce point, les tuniques hypertrophiées sont très-épaissies, et produisent la sténose intestinale ; au-dessus s'accumulent les matières, puis survient une débâcle, et les accidents d'étranglement disparaissent. Au bout de quelques jours, les matières s'accumulent de nouveau, et ainsi de suite ; c'est ainsi que se sont passés les accidents dans le cas de Talma, si connu et si souvent cité. J'ajouterai que, dans ce dernier cas, il s'était produit un accollement du bout supérieur très-dilaté, au bout inférieur rétréci, et que si Talma eût pu vivre quelques jours encore, il se serait fait une communication entre les deux extrémités de l'intestin, et les accidents auraient cessé.

**M. BERGER** rappelle qu'il a publié un cas analogue alors qu'il remplaçait M. Richet ; il s'agissait d'un malade atteint d'un rétrécissement de l'extrémité inférieure du rectum ; la partie supérieure de cet intestin était invaginée dans l'inférieure. M. Richet pratiqua l'anuscotomie, par la méthode de Littre. Dès le troisième jour après l'opération, il y eut rétablissement du cours des matières, et le malade momentanément remis, quitta l'hôpital avec une fistule stercorale.

**24. Mal de Pott.** — Paraplégie sans déformation de la colonne vertébrale. — Pachyméningite externe. — Tubercules de la dure-mère. — Méningite ascendante aiguë ; par QUÉNU, interne des hôpitaux.

Simon J., âgé de 36 ans, entre le 20 février à la salle Sainte-Marthe (n° 43), pour une paraplégie : c'est un homme grand, paraissant encore vigoureux. Pourtant ses antécédents personnels sont mauvais ; outre la syphilis contractée, il y a qua-

torze ans (chancre induré, puis roséole), il a eu une pleurésie gauche, il y a cinq ans, et une pleurésie droite l'an dernier. De plus, il a craché du sang il y a trois ans. Depuis sa dernière maladie, bien qu'imparfaitement rétabli, il avait pu reprendre sa profession de déménageur, quand il fut pris de maux de reins, il y a *quatre semaines*. On lui appliqua un vésicatoire à la région lombaire. A cette époque, S... ressentait des élancements très-aigus dans les reins quand il posait le talon par terre. Aucune douleur dans les jambes. Il y a *trois semaines*, le malade est réveillé la nuit par des fourmillements dans les deux jambes et dans les pieds, et une sensation de froid dans ces mêmes parties.

Le lendemain matin, il éprouve des difficultés pour lever les jambes. Il a pu néanmoins faire encore quelques pas en s'accrochant aux meubles, et marcher dans sa chambre pendant une semaine ; puis il a dû complètement s'aliter.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, nous observons une paralysie incomplète des deux membres inférieurs : le malade peut, en effet, sans détacher le talon du lit, fléchir la jambe sur la cuisse ; les jambes auraient maigri depuis le début de la paralysie.

La sensibilité est intacte ; quelques difficultés pour uriner, pas d'incontinence, un peu de rougeur à la région sacrée.

La colonne vertébrale ne présente pas la moindre déformation ni la plus petite déviation ; pas de point sensible à la percussion des apophyses épineuses. Nous trouvons quelques craquements au sommet gauche du poumon. Le diagnostic est : compression de la moelle, probablement par une production de nature tuberculeuse. A la fin de mars, la paraplégie est complète et intéresse la sensibilité.

18 *avril*. Exagération des mouvements réflexes. Epilepsie spinale se produisant spontanément. La vessie et le rectum sont paralysés ; la fesse du côté gauche est le siège d'une eschare qui tend à devenir de plus en plus profonde ; les deux membres inférieurs sont très-œdématisés.

25 *avril*. L'eschare fait des progrès malgré l'usage d'un matelas d'eau et d'un pansement régulier.

7 *mai*. Le malade est pris le soir de frissons ; pendant 5 à 6 jours, la fièvre est continue avec exacerbations vespérales, et le thermomètre oscille entre 39°,6 et 40°,5. La peau du ventre est insensible ; il y a constamment du météorisme. Céphalalgie continue.

10 *mai*. Le malade se plaint très-vivement de douleurs et de roideur dans le cou. Pas de contracture des membres inférieurs. A cette époque, l'eschare dépasse la ligne médiane de 2 à 3 travers de doigts, et mesure 16 centimètres de long sur

14 centimètres de large. La partie périphérique est assez superficielle. La peau seule est détruite, mais dans le reste de son étendue, la plaie est profonde, anfractueuse, recouverte de débris noirâtres. Nous pensons à une méningite spinale par propagation de l'eschare au canal sacré. Le malade succombe le 13, sans présenter de délire.

**AUTOPSIE.** — Nous nous assurons de nouveau que la colonne vertébrale ne présente aucune déformation. Le canal rachidien est ensuite ouvert par sa face postérieure depuis l'extrémité inférieure du sacrum jusqu'à l'atlas. Le canal sacré à sa partie inférieure est en communication avec l'eschare, et les méninges sont, à ce niveau, en contact avec des détritres noirâtres; elles ont une teinte verdâtre qu'on retrouve jusqu'à la région cervicale et qui va en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne de l'extrémité inférieure du rachis.

Nous éprouvons des difficultés pour détacher la moelle du canal rachidien, vers la 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> dorsale; une plaque de matière caséuse de 6 à 7 centimètres reste adhérente à la surface antérieure de la dure-mère.

*Etat de la colonne vertébrale.* — Le ligament vertébral postérieur est complètement détruit au niveau de la 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> vertèbres dorsales: il est remplacé par une matière caséuse; les corps de ces deux vertèbres ont une coloration blanche et une densité remarquables. Sur une coupe longitudinale des corps vertébraux, on découvre une petite cavité remplie d'une matière analogue à de la craie délayée et creusée aux dépens de la 6<sup>e</sup> et de la 7<sup>e</sup> dorsales. Cet abcès n'a détruit qu'une petite partie des vertèbres, il les a pour ainsi dire écornées, mais le disque intervertébral est détruit dans sa moitié antérieure; le ligament vertébral antérieur est intact; la cavité osseuse communie en dehors de ce ligament avec une petite poche sessile, grosse comme un œuf de poule et renfermant la même matière crayeuse, mélangée à des parcelles d'os. Les autres vertèbres ne présentent pas d'altérations.

*Etat des méninges.* — Avant l'incision des méninges, il est facile de voir qu'il existe entre elles et la moelle un liquide séro-purulent; ce liquide occupe non pas l'espace sous-arachnoïdien mais la cavité de l'arachnoïde elle-même; il distend cette cavité dans toute son étendue, et quand on a incisé la dure-mère par sa face antérieure, on trouve le feuillet viscéral de l'arachnoïde épaissi et infiltré d'une matière jaunâtre. Ces altérations diminuent quand on s'éloigne de la queue de cheval; un peu au-dessous de la plaque caséuse, la face interne de la dure-mère est soulevée par deux petits noyaux dont l'un a le volume d'une petite lentille et l'autre celui d'un petit haricot qu'on aurait aplati. Les artères spinales sont gorgées de

sang ; en coupant la moelle en travers de distance en distance, on remarque que la substance médullaire est comme diffuse à la périphérie, dans toute la hauteur de l'axe spinal.

Les méninges crâniennes sont aussi atteintes, et il existe par places, par exemple près du chiasma des nerfs optiques et le long de la scissure de Sylvius, des plaques molles, jaunâtres, de méningite. Pas de tubercule dans les méninges, ni dans le cerveau. Le liquide des cavités ventriculaires est plus abondant, mais n'offre pas de teinte louche. Les poumons sont infiltrés de granulations tuberculeuses récentes ; il existe aussi des masses tuberculeuses ayant subi la caséification. Les autres organes ne présentent rien de remarquable. Notons néanmoins qu'il n'existait pas de thrombose dans les veines iliaques ni dans les veines fémorales.

En résumé, les altérations des méninges spinales sont de deux ordres : les unes comprennent la face interne de la dure-mère et le reste des méninges ; elles résultent d'un processus aigu, de la méningite ascendante qui est venue hâter la terminaison fatale ; les autres sont le résultat d'une inflammation chronique siégeant principalement à la face externe de la dure-mère et ayant donné lieu à la production de cette plaque caséuse que nous avons signalée.

L'examen microscopique de cette plaque nous a démontré que, pour la plus grande partie, les couches périphériques étaient composées d'amas de petites cellules embryonnaires granuleuses ; à mesure qu'on se rapproche de la face externe des méninges, on voit apparaître entre les cellules quelques petits faisceaux de tissu lamineux, puis les faisceaux fibreux de la dure-mère elle-même, écartés les uns des autres par des traînées de ces mêmes éléments, et par places, par des amas de leucocytes.

Les noyaux décrits plus haut sont situés dans l'épaisseur de la dure-mère dont ils occupent la partie profonde ; en allant de dedans en dehors, on rencontre : une première couche formée par quelques fibres de tissu lamineux lâche et des corps fibroplastiques en très-grande abondance, puis de petites masses arrondies, assez bien limitées par des faisceaux conjonctifs et composées de cellules embryonnaires sans traces de vaisseaux ; en quelques points plus opaques, les cellules plus granuleuses sont moins distinctes les unes des autres. Plus en dehors encore, on reconnaît le tissu de la dure-mère dont les faisceaux sont infiltrés de cellules. Il s'agit là, en un mot, de tubercules de la dure-mère, avec une zone d'inflammation périphérique. L'examen microscopique de la moelle sera fait ultérieurement. Il est permis d'affirmer que la moelle a été atteinte d'inflammation secondaire, car la présence de cette plaque de pachy-



méningite externe eût été insuffisante pour amener une paralysie complète. De plus, la myélite secondaire nous explique l'abolition de la sensibilité, observée à la dernière période.

Nous pouvons rapprocher cette observation du cas de M. Liouville, mentionné dans les *Leçons sur les maladies du système nerveux* de M. Charcot, où le rachis n'était nullement déformé, quoiqu'il y eût paralysie. Elle est une démonstration du processus pathologique, tel que l'a indiqué M. Michaud dans sa thèse.

1° Production d'une ostéite dans les corps vertébraux.

2° Destruction du ligament vertébral postérieur.

3° Pachyméningite externe consécutive.

4° En dernier lieu dégénérescences secondaires de la moelle.

Seulement dans notre cas, la pachyméningite n'est pas résultée de l'irritation directe causée par une collection de pus, mais a été la conséquence d'une simple propagation de l'inflammation osseuse.

M. CHARCOT. Ce fait confirme l'explication qu'a fournie M. Michaud dans sa thèse sur des cas de ce genre.

Au niveau de la vertèbre malade se produit un foyer d'ostéite caséuse, qui, après usure et destruction du ligament vertébral postérieur, se trouve en rapport direct avec la dure-mère; celle-ci s'épaissit peu à peu, et comprime la moelle, d'où accidents paralytiques.

Plusieurs de ces paralysies peuvent guérir, j'en ai constaté le fait sur plusieurs malades de la Salpêtrière. Chez une malade, entre autres, la moelle avait été réduite, par la compression, au volume d'un porte-plume, et cependant cette femme guérit complètement, et mourut plusieurs années après d'une coxalgie.

**25. Psoriasis arthritique.**— Allongement hypertrophique des ongles. — Ankylose généralisée et déformations articulaires multiples. — Mort. — Autopsie; par E. PROEY, interne provisoire.

B..., Jules, âgé de 41 ans, entre le 23 septembre 1877 à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-Prosper, n° 6, service de M. TERRIER.—Antécédents : Son père était herpétique; sa mère est morte à 52 ans, paralysée; elle a toujours eu de violentes migraines et des névralgies généralisées, mais pas de dou-

leurs articulaires. Son frère est mort phthisique, avec des accidents laryngés.

Son enfance n'a été signalée par aucun phénomène de scrofule, ni d'éruptions cutanées. Pendant son adolescence, il était sujet aux transpirations abondantes, localisées à la tête, aux aisselles, aux pieds; il éprouvait des congestions passagères de la face, des épistaxis. Ses cheveux devinrent rares prématurément. La santé fut parfaite jusqu'à 27 ans. A cet âge se montrèrent les premières plaques de psoriasis aux coudes; quelque temps après, elles apparurent aux genoux, et en moins d'une année l'affection se généralisa. A ce moment, il n'éprouva aucune douleur.

Un mois de séjour à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Bazin suffit pour l'améliorer. Le traitement consista dans l'emploi de bains alcalins, huile de cade et solutions arsenicales.

Six semaines après, il y eut récurrence du psoriasis avec douleurs articulaires violentes, d'abord localisées au rachis, aux coudes, puis aux genoux. Les douleurs envahirent les autres articles et se généralisèrent en suivant exactement la marche du psoriasis. Les articulations envahies n'étaient pas le siège d'une tuméfaction considérable. Il y eut impossibilité d'exécuter les moindres mouvements vu l'intensité des douleurs qui durèrent une année avec quelques intervalles de rémission. L'articulation temporo-maxillaire fut envahie en dernier.

Pendant le cours de cette affection, les articulations commencent à s'ankyloser et à se déformer. En procédant par ordre, ce sont d'abord les articulations fémoro-tibiales, huméro-cubitales dont les mouvements diminuent, puis viennent les articulations radio-carpiennes, coxo-fémorales, tibio-tarsiennes et en dernier lieu les métacarpo et métatarso-phalangiennes et les phalangiennes. Les articulations occipito-atloïdo-axoïdiennes, enfin, celles des autres vertèbres entre elles. Ce n'est que fort tard qu'il est impossible au patient d'imprimer des mouvements à l'articulation temporo-maxillaire.

Depuis 10 ans, le malade se plaint de douleurs vagues, mais ne ressent pas de grandes douleurs articulaires. Depuis ce temps, la marche, la station assise même sont devenues de plus en plus pénibles. Les jointures plus ou moins ankylosées condamnent cet homme au repos le plus absolu. L'affection cutanée a évolué d'une manière progressive et a envahi toute la surface du corps, sans rémissions bien accentuées.

*État actuel.* — Depuis 4 ans, cet homme est couché, immobile, dans le décubitus dorsal qu'il ne peut modifier sans de grandes souffrances; il est soutenu par plusieurs oreillers. Son facies

amaigri, d'une couleur blanc mat, est empreint des souffrances qu'il éprouve. La musculature de son tronc, de ses membres a en partie disparu. Les bras sont fléchis et appuyés sur la poitrine, ils sont croisés et c'est seulement au bras droit que le malade peut imprimer quelques mouvements limités. Le bras gauche peut être écarté légèrement de la poitrine, mais en provoquant des douleurs assez violentes. La main et surtout les doigts sont fortement déjetés vers le bord cubital.

Le thorax a l'aspect d'un squelette recouvert d'une feuille de parchemin. Les omoplates se détachent complètement du tronc. Le ventre est rétracté en bateau. Les jambes sont fléchies latéralement, les articulations fémoro-tibiales sont dans la demi-flexion. On constate qu'il est impossible d'imprimer le moindre mouvement à ses autres jointures. Il ne peut tourner la tête ni d'un côté ni de l'autre. Il est tout d'une pièce et fixé dans son lit comme une planche.

Le psoriasis est absolument généralisé. Sur le cuir chevelu on remarque des croûtes épaisses, un peu squameuses. Les joues sont recouvertes de croûtes sèches assez confluentes. Le pavillon de l'oreille présente çà et là quelques îlots de psoriasis diffus. La face est la région la moins couverte de squames, La poitrine, le dos, le ventre présentent une certaine quantité de squames ayant la forme du psoriasis guttata. Les bras, les plis articulaires, le creux axillaire, la paume des mains sont principalement envahis par des squames épaisses, très-adhérentes les unes aux autres et au derme qu'elles recouvrent. Leur coloration est d'un blanc pâle et mat. De larges plaques d'une épaisseur considérable existent sur les membres inférieurs et laissent à peine entre elles quelques intervalles de peau saine. Vient-on à détacher quelques-unes de ces saillies squameuses, on constate l'ulcération sous-jacente de la peau.

A la partie moyenne et interne des jambes, on remarque des phlyctènes remplies de sang à droite et d'un pus épais et grumeleux à gauche. Toutes les parties qui ne sont pas en contact avec les draps présentent un aspect terreux. La peau est fendillée et plissée, donnant par le grattage, non pas des squames, mais une matière sèche, sablonneuse, en tout semblable à de la terre jaune desséchée, plus abondante surtout au niveau des doigts. Le derme, dans certains endroits, présente des élevures variables dans leurs contours et forment des saillies appréciables au toucher et à la vue. Les régions principalement recouvertes de squames sont le siège d'induration. Au-dessous de ces squames, la peau est d'un rouge foncé; elle rappelle l'aspect cuivré de certaines manifestations cutanées syphilitiques.

Les ongles des mains sont tellement épaissis qu'ils sont presque cylindriques et présentent l'aspect corné. Leur couleur est jaune ocre. Ils sont recourbés de telle façon qu'ils touchent la face palmaire des doigts : leur courbure décrit un cercle, ils s'inclinent les uns sur les autres. Les ongles des derniers doigts de chaque main ont de 7 à 8 centimètres de longueur et un diamètre de 3 à 4 millimètres. Ils sont légèrement concaves du côté de la face palmaire. Les ongles des pouces sont relativement courts et peu épais. Depuis trois ans aucun d'eux n'a été coupé.

Ceux des pieds sont plus petits et moins recourbés. Ceux du pied droit surtout ont une longueur minime. L'ongle du gros orteil gauche est développé d'une façon colossale. Il mesure 9 centimètres de longueur, a un diamètre de un centimètre et est comme fendillé dans le sens de sa longueur. Le timbre de la voix est complètement changé. On croirait entendre une voix de fausset. L'auscultation ne décelé rien d'anormal dans les poumons. Les bruits du cœur sont normaux, sauf le premier qui est un peu sourd et mal frappé.

26 avril. Impossibilité complète d'entr'ouvrir la mâchoire, le malade ne peut accomplir l'acte de la mastication. Une diarrhée intense survient. Depuis quelques jours il se plaint de violentes douleurs dans la région sacrée ; à ce niveau on constate une eschare de 8 à 10 centimètres de largeur.

27. Traitement : Régime lacté. Pilules nitrates d'argent. L'émaciation continue. Le facies est empreint d'un air de souffrance. Insomnie. Agitation.

29. 10 à 12 garde-robes. Alimentation insuffisante. Dégoût pour le régime lacté.

1<sup>er</sup> mai. L'eschare fait des progrès. L'état général devient de plus en plus mauvais.

7. L'urine s'écoule par l'eschare. La peau est chaude, brûlante, sèche. Le malade s'affaiblit de plus en plus et il s'éteint tranquillement dans la nuit.

AUTOPSIE. — Poumons normaux, de couleur d'un blanc ardoisé. La teinte est grisâtre, la périphérie sillonnée par des lignes, des plaques grisâtres. Cœur peu volumineux. Un gros caillot fibrineux existe dans le ventricule droit, il se prolonge dans l'artère pulmonaire. La valvule mitrale offre quelques rugosités.

Tous les viscères adhèrent fortement entre eux. Impossibilité complète de détacher le foie du diaphragme sans dilacération du parenchyme. La capsule de Glisson adhère et reste fixée à la face inférieure du diaphragme. La base des poumons adhère également très-fortement à la face supérieure du diaphragme. Les circonvolutions intestinales forment une

masse que l'on ne parvient qu'avec peine à dissocier. Rate petite. Reins. Le droit plus petit que le gauche. Pas d'altérations appréciables à la vue sur les muqueuses intestinales et gastriques. La surface de la vessie est grisâtre. Au niveau de la portion prostatique, on aperçoit un orifice à bords réguliers qui laisse écouler le liquide versé dans son intérieur, lequel vient sourdre au niveau de l'eschare. Le trajet est sinueux, il a une longueur de 3 à 4 centimètres.

Cerveau normal. Plusieurs articulations sont ouvertes; quelques-unes luxées et les lésions du rhumatisme chronique sont constatées. Dans quelques-unes les cartilages articulaires ont complètement disparu; les surfaces articulaires sont unies entre elles par des lamelles osseuses, des ostéophytes. Les mêmes lésions sont observées sur les articulations des vertèbres. Les articulations des membres sont déformées, surtout celles du poignet et les métacarpo-phalangiennes. Les articulations scapulo-humérales ne sont pas ankylosées, mais présentent cependant une altération des cartilages qui sont érodés et par place offrent un aspect velvétique. Il en est de même des articulations du coude droit, de l'articulation sterno-claviculaire et acromio-claviculaires dont les extrémités osseuses sont notablement épaissies et dont les cartilages présentent des sillons, des rayures peu accentuées. Les articulations fémoro-tibiales demi-fléchies ne sont le siège d'aucun mouvement.

La rotule adhère à la face antérieure et inférieure du fémur dont les surfaces articulaires sont complètement dépourvues de cartilage et formées par une couche osseuse éburnée de couleur brun-noirâtre. Les fibro-cartilages inter-articulaires n'existent plus. Le tibia est soudé au fémur et on observe sur le pourtour de l'articulation des ecchondroses marginales.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue : et d'abord nous sommes en présence d'un sujet atteint d'*ankylose généralisée*, fait excessivement rare; en effet toutes les articulations autres que les articulations scapulo-humérale, huméro-cubitale, sterno-claviculaires et métacarpo-phalangiennes du pouce étaient complètement prises; ces dernières se trouvaient elles-mêmes malades et pour ainsi dire à demi-ankylosées. En second lieu nous voyons une affection cutanée être suivie, à courte échéance, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, lequel, après avoir subi une défervescence complète, passe à l'état chronique et envahit progressivement les jointures autour desquelles le psoriasis faisait son apparition, en suivant exactement la même marche et allant de pair avec l'affection cutanée.

D'après la doctrine de M. Bazin, il y aurait dans l'arthritisme

dont cet homme nous présente un exemple évident, une sorte de balancement entre le rhumatisme et les affections cutanées. Plus l'attaque de rhumatisme ou de goutte est intense, moins les arthritides sont prononcées; au contraire les affections cutanées sont tenaces et opiniâtres lorsque le rhumatisme articulaire n'existe pas ou se montre à un faible degré.

Ici rien de tout cela, le rhumatisme apparaît peu de temps après le début du psoriasis et une fois son apparition faite, il continue ses ravages sur les autres articles en suivant une marche parallèle à l'affection cutanée.

Le dernier point serait de remonter à la source, à la nature de ce psoriasis. En examinant les antécédents, en tenant compte de la marche et du développement de tous les symptômes offerts par cet homme, il est de toute évidence que nous sommes en présence d'un psoriasis reconnaissant pour cause une influence générale diathésique. Malgré les restrictions faites plus haut et en nous appuyant sur la grande autorité de Bazin, nous croyons pouvoir admettre ici un psoriasis symptomatique de l'arthritide, bien que ces idées soient contestées par deux dermatologistes des plus autorisés, le Dr Guibout et le professeur Hardy.

M. Mossé présente un cas de *tuberculose génitale* avec ulcération du col de la vessie, et altération crétacée des testicules siégeant surtout au niveau de l'épididyme.

M. GILLE présente un foie offrant des altérations probablement syphilitiques.

M. MALASSEZ fait remarquer que, dans les tumeurs syphilitiques, on trouve deux caractères qui semblent manquer ici complètement, ce sont :

1° Une zone fibreuse très-dure enserrant les parties caséuses; 2° une dureté spéciale de cette zone, due à ce qu'elle conserve encore sa résistance propre au tissu fibreux, bien qu'elle soit en dégénérescence caséuse.

#### **26. Gomme du foie.—Note additionnelle à la présentation de**

M. Gille; par E. CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur au Collège de France.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique d'une pièce envoyée par M. OLLIVIER au laboratoire d'histologie du Collège de France et présentée devant elle par M. GILLE, sous le nom de gomme du foie.

Nous n'avons pas eu l'intention de faire de cette pièce un examen complet, et les fragments qui nous ont été remis étaient le siège d'altérations trop avancées pour que nous ayons pu y étudier la forme de cirrhose dont le tissu hépatique était atteint. Nous nous bornerons donc dans cette note à la simple définition histologique des tumeurs très-nombreuses dont il était le siège et qui ont été considérées par le présentateur comme étant de nature gommeuse.

Ces tumeurs consistent en masses caséuses irrégulières, séparées les unes des autres par de larges bandes de tissu poreux de nouvelle formation, au sein desquelles se rencontrent des sinus veineux, des amas d'éléments embryonnaires et des restes de lobules hépatiques. Les masses caséuses sont parsemées d'un très-grand nombre de grosses granulations d'aspect gras, réfringentes, à bords diffus, non colorées par le carmin et l'acide osmique, colorées, au contraire, par le murexine, et dont la nature exacte est difficile à déterminer.

Ces petites masses se rencontrent dans tous les produits caséux, mais nulle part elles ne sont aussi abondantes que dans les productions gommeuses. On les voit toujours dans les gommés du foie, et nous les avons également rencontrées dans les gommés syphilitiques de la peau. M. le professeur RANVIER les regarde comme des amas de cristaux aciculés d'acide stéarique; nous n'avons pu, il est vrai, dans le cas actuel et jusqu'ici, reconnaître leur nature cristalline, mais la macération des pièces dans l'alcool, a pu confondre ces cristaux en une masse en apparence homogène, et il y aurait lieu de les étudier sur des pièces fraîches et exemptes de toute macération.

Il résulte donc de l'examen microscopique de ces tumeurs qu'elles sont bien de nature gommeuse et les amas de cellules embryonnaires que nous avons constatées au sein du tissu conjonctif qui les sépare, sont vraisemblablement de nouvelles gommés en voie de développement. La seule particularité qu'elles présentent, est l'absence de la coque fibreuse bien nette, développée à leur périphérie, qui se rencontre dans un grand nombre de cas et qui renferme alors des espaces probablement lymphatiques dans lesquels on rencontre des granulations graisseuses. Ces zones fibreuses peuvent être regardées à la fois comme une des causes de la caséification des masses embryonnaires constituant la néoplasie syphilitique par les obstacles qu'elles apportent à la circulation du sang dans leur intérieur, et comme les voies ouvertes à la résorption de résidus de la caséification lorsque celle-ci s'est produite.

En aucun point des préparations, ni dans les masses caséuses, ni au sein des amas embryonnaires, nous n'avons pu

constater de cellules géantes qui sont aussi rares dans les néoplasies syphilitiques que communes dans les néoplasies appartenant à la diathèse scrofulo-tuberculeuse à ce point que leur présence est souvent un des caractères qui permettent de reconnaître ces dernières.

---

*Séance du 31 mai.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. ARBADIE présente : 1° un cas d'*invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin*. Le malade était entré dans la journée à l'hôpital ; il ne rendait plus ni selles, ni gaz depuis plusieurs jours ;

2° Une observation de *fracture en T du fémur*. Dans ce cas, le malade était tombé d'un 3<sup>e</sup> étage sur le genou, la jambe à demi-fléchie sur la cuisse. À l'autopsie, on trouva les deux condyles écartés ; les ligaments croisés sont intacts. (L'observation n'a pas été remise.)

M. PROEY présente : 1° une *fracture de l'occipital*. (L'observation n'a pas été remise.)

2° Un cas de *tuberculose testiculaire*. Chez ce malade il existait en outre des ulcérations, probablement tuberculeuses, du gros intestin. (L'observation n'a pas été remise.)

**27. Cancer primitif du foie. — Alcoolisme chronique. — Atrophie partielle du cerveau. — Hémiplegie droite infantile. — Hémiparésie paralytique ; par Maurice LÉVULÉ.**

Le 9 mai 1878, entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. CONSTANTIN PAUL, le nommé P. Etienne, 49 ans, cocher. D'après lui, il ne serait malade que depuis trois mois. A cette époque, il a commencé à s'affaiblir beaucoup, à perdre l'appétit et à rendre assez fréquemment ses aliments. Cependant, à force de questions, on parvient à réveiller ses souvenirs. Il se rappelle que, depuis quatre ans environ, les di-



gestions ne sont plus bonnes, que souvent il rendait, le matin à jeun, des glaires pituiteuses, qu'il explique d'ailleurs très-simplement par les excès de boisson qui lui sont habituels depuis longues années. Ne mangeant pas régulièrement et se nourrissant mal, il était obligé de soutenir ses forces par le vin et l'eau-de-vie.

Depuis un mois de nouveaux phénomènes se sont montrés : l'abdomen est devenu volumineux, et, il y a une quinzaine de jours, les membres inférieurs ont augmenté de volume; bientôt ils ont été distendus par un œdème considérable. En même temps, douleurs sourdes épigastriques, inappétence, nausées; quelques rares vomissements; jamais d'hémathémèse. Aucun antécédent héréditaire. Aucune maladie depuis son enfance, sauf une *hémiplegie droite à l'âge de 13 ans*. Cette hémiplegie, dont il ne reste plus trace aujourd'hui, a débuté subitement; le malade est resté paralysé de tout le côté droit, sans aphasie. Il n'a pu commencer à marcher qu'au bout de longs mois, et il n'y a, en réalité, qu'une vingtaine d'années qu'il a recouvré à peu près une force égale du côté paralysé. Il dit cependant qu'il marchait naguère encore en boitant légèrement.

*Etat actuel.* — Œdème considérable des deux membres inférieurs; la peau des mollets distendue, excoriée, laisse suinter une quantité notable de sérosité qui traverse les draps du lit. Etat cachectique, face terreuse, maigreur squelettique de la partie sus-diaphragmatique du corps. Tuméfaction énorme de la région épigastrique où les veines sous-cutanées apparaissent dilatées, tortueuses jusque autour de l'ombilic.

En palpant l'abdomen avec soin, on trouve dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, une tumeur hépatique volumineuse, mesurant 0,20 c. de hauteur à la percussion, suivant une ligne verticale passant par le bord droit du sternum. Le bord inférieur de cette masse se dirige de deux centimètres au-dessus de l'ombilic, vers le rebord des côtes gauches où il se perd à 12 centimètres environ de l'appendice xiphoïde.

La tumeur est extrêmement dure, irrégulière, mamelonnée dans la région épigastrique spécialement. La pression éveille une douleur sourde à ce niveau. Les bosselures surtout sont douloureuses; elles paraissent accolées à la paroi abdominale.

Le reste de l'abdomen est moyennement distendu par une ascite légère. La rate est difficilement appréciable; elle paraît peu volumineuse. Les poumons respirent bien; seul le sommet gauche en arrière est le siège d'un retentissement considérable des bruits respiratoires. Rien aux bases. Les ganglions des différentes régions examinés avec soin ne sont pas tuméfiés. L'inappétence est complète. Le malade éprouve même un

certain dégoût pour la viande et pour les légumes. Il supporte assez bien une petite quantité de lait. Les urines peu abondantes sont chargées, rouge orange, non albumineuses, non ictériques; mais l'acide nitrique donne lieu à une teinte acajou sombre (Hémaphéine?).

Dès le 15 on note un affaiblissement considérable, le malade mangeant à peine. Il a rendu pour la première fois quelques mucosités glaireuses à la suite d'efforts assez violents de vomissement.

*Urine* 800 grammes, *densité* 1,028 — *urée*, 5 gr. 12.

Le 17, *urine* 800 gr. — *densité* 1,026 — *urée*, 2 gr. 69.

Le malade est somnolent, très-faible, il maigrit chaque jour (Le dosage de l'urée a été fait avec l'appareil Regnard).

Le 18, *urine* 250 gr. *D.* 1,022 — *urée* 1 gr. 15. Les téguments paraissent un peu jaunâtres. L'acide nitrique décele d'ailleurs la présence d'une petite quantité de matières colorantes biliaires.

Le 20, le malade ne mange plus. Il est mourant, teinte subictérique très-marquée des téguments. Cyanose, algidité des extrémités. — Meurt le 21.

L'AUTOPSIE permet de constater deux ordres de lésions : 1° *Un cancer du foie*, cause de la mort; 2° une *atrophie partielle de l'hémisphère cérébral gauche* dont l'importance est considérable au point de vue de la théorie des localisations cérébrales.

I. Les téguments de la partie sus-diaphragmatique du corps qui avait été respectée par l'œdème, sont très-ictériques. Le *foie* est énorme, il occupe la plus grande partie des régions sus-ombilicales de l'abdomen. Son poids est considérable : 5,850 grammes.

La vésicule biliaire et les gros canaux biliaires sont intacts. Le foie, dans toute son épaisseur, est envahi par des masses cancéreuses, encéphaloïdes, disséminées dans la profondeur du parenchyme aussi bien qu'à sa surface. Ces noyaux cancéreux sont remarquables par leur forme sphérique régulière. Ils mesurent en moyenne 5 centimètres de diamètre. La plupart de ces ilots sont caséux, jaunâtres à leur centre. Les plus avancés dans la dégénérescence caséuse offrent quelques taches hémorragiques disséminées dans leur épaisseur. Plusieurs noyaux sont extrêmement ramollis. Le parenchyme hépatique non envahi par le cancer est très-friable, et semble gras. Sur un fond jaunâtre tranche un piqueté rouge-brun.

Sur un grand nombre de points on trouve les veines sus-hépatiques en contact intime avec les noyaux cancéreux, dont elles ne paraissent séparées en bon nombre d'endroits que par une mince membrane à travers laquelle on aperçoit

la teinte jaunâtre du noyau cancéreux. On voit même parfois la membrane interne de la veine dépolie, irrégulière, envahie, pour ainsi dire, par un travail ulcératif lent. Toutefois, fait remarquable, sur aucun des rameaux sus-hépatiques que nous avons suivi nous n'avons rencontré de communication d'un foyer cancéreux avec la cavité de la veine. Toutes les fois au contraire que le cancer avait envahi manifestement la paroi d'une *veine hépatique* les lésions s'offraient sous l'un des deux aspects suivants : tantôt on trouve au contact d'un noyau cancéreux la veine envahie par une ou plusieurs petites végétations cancéreuses, blanc jaunâtre, parfois ecchymotiques, dont les dimensions varient depuis un petit point à peine visible à l'œil nu jusqu'à un gros grain de millet. Ces végétations ont une large base d'implantation sur la veine, à laquelle elles adhèrent intimement. Tantôt au contraire on aperçoit dans la cavité de la veine, faisant saillie en un point isolé où le cancer n'apparaît pas ou presque pas par transparence, un ilot cancéreux, véritable végétation solitaire, étroitement pédiculée, de dimensions assez considérables le plus souvent (grain de chènevis); chacune de ces végétations paraît alors provenir d'une veinule afférente, dans la cavité de laquelle elle se serait développée au préalable.

Il n'y a pas de caillots dans les veines sus-hépatiques. Les végétations néoplasiques ne peuvent être confondues avec un caillot. D'ailleurs l'examen histologique de plusieurs d'entre elles, fait sur le champ, montre qu'elles sont formées par une quantité considérable de cellules volumineuses, irrégulières, de formes variées, pourvues d'un gros noyau, et remplies pour la plupart d'un certain nombre de granulations grasses. Quelques caillots peu adhérents dans les branches principales de la *veine porte* qui n'est sur aucun point envahie par le cancer. On peut évaluer aux  $\frac{4}{5}$  du volume du foie la totalité des noyaux cancéreux. Sur aucune des coupes on ne trouve une grosse masse encéphaloïde pouvant représenter le point de départ du cancer et de ces nombreux noyaux à peu près tous du même âge.

En aucun autre point du corps on ne rencontre de cancer. Tous les viscères, la plupart des os ont été minutieusement examinés. La veine cave inférieure à son origine est remplie par un caillot déjà ancien, adhérent à la face postérieure du vaisseau et se prolongeant dans les veines iliaques gauches.

*Poumons.* Quelques ecchymoses sous-pleurales. Congestion hypostatique. Rate petite et dure. L'estomac est le siège d'une gastrite chronique caractérisée par un épaississement notable de la muqueuse qui est rouge ardoisé. Deux petites taches ecchymotiques sous-muqueuses au voisinage de la

grande courbure. Le gros intestin et principalement le rectum est rouge et la muqueuse paraît notablement épaissie. Les reins sont un peu congestionnés. Deux calculs de la grosseur d'un pois dans l'intérieur d'un calice dilaté. Les organes génitaux sont sains. — Rachis, sternum, côtes, bassin, crâne et la plupart des os longs examinés, normaux.

*L'examen histologique du foie*, fait au laboratoire de Clamart, nous a fourni quelques détails intéressants : sur les coupes les plus fines pratiquées après durcissement dans l'alcool, gomme, alcool, colorées au picro-carmin, on reconnaît que les noyaux néoplasiques les moins gros sont constitués par une accumulation considérable de cellules volumineuses, de forme variable, munies d'un noyau fortement coloré par le carmin et grasses pour la plupart. Ces cellules notablement plus grosses que les cellules hépatiques normales en diffèrent encore par leur forme : un grand nombre d'entre elles sont vides, quelques-unes fusiformes.

Elles sont agglomérées et, quoique serrées, très-lâchement accolées les unes aux autres. A un fort grossissement, on peut constater la présence d'une trame conjonctive très-déliée, très-mince autour de laquelle les cellules cancéreuses paraissent comme accrochées. Mais cette gangue conjonctive fibrillaire qui les réunit n'offre, en aucun point, une tendance alvéolaire bien marquée. Sur les confins des gros noyaux cancéreux on aperçoit cependant une bande épaisse de tissu conjonctif fortement coloré en rouge et qui paraît séparer le tissu néoplasique du parenchyme encore sain. Mais les tractus qui se détachent de cette enveloppe fibreuse et qui vont se répandre dans le néoplasme sont frêles et délicats, et se perdent rapidement au milieu des cellules carcinomateuses.

Un détail important qui paraît résulter de l'examen attentif d'un grand nombre de coupes fines, c'est que l'on peut suivre pas à pas, pour ainsi dire, le développement du néoplasme : Au voisinage des noyaux cancéreux les plus petits et les moins avancés, on aperçoit facilement quelques *lobules hépatiques* reconnaissables à leur veine centrale avec leurs rayons de cellules et leurs espaces périlobulaires. Or, à un faible grossissement déjà quelques-uns de ces lobules sont remarquables par la coloration très-vive des noyaux de leurs cellules et par le volume anormal de ces cellules mêmes. A un fort grossissement, ces cellules ressemblent absolument aux cellules cancéreuses du voisinage auxquelles elles confinent. Sur une coupe fine, nous avons pu constater que quelques-uns de ces *lobules cancéreux* envoyaient dans l'épaisseur des paires d'une grosse veine hépatique des cellules embryonnaires à noyau très-coloré qui se continuaient avec une végétation

cancéreuse intra-veineuse, en tout semblable à celles que nous avons décrites plus haut. Sans vouloir prétendre avoir saisi sur le fait le point de départ de ce carcinome hépatique, nous croyons pouvoir insister sur l'aspect remarquable et *lobulaire* des cellules cancéreuses aux confins d'un grand nombre de noyaux plus ou moins volumineux.

Un second point intéressant résulte de l'examen histologique de ce foie cancéreux : Un grand nombre de lobules hépatiques étaient aisément reconnaissables, grâce à un certain degré de *cirrhose périlobulaire* qui avait élargi notablement les espaces périlobulaires et permis au carmin de colorer fortement en rouge le tissu conjonctif hyperplasié autour des veinules portes et des radicules biliaires. On retrouve jusqu'au voisinage des noyaux cancéreux cette cirrhose légère; mais elle ne paraît pas plus accentuée dans le voisinage du néoplasme qu'au milieu du parenchyme sain. Il suffit de rappeler ici que le malade était manifestement alcoolique.

Les végétations cancéreuses des veines hépatiques sont constituées par un bourgeon charnu cancéreux où les cellules sont toutes très granulo-graisseuses.

II. Les *lésions cérébrales* consistent essentiellement en une atrophie partielle du cerveau. Dès que la dure-mère est enlevée, on est frappé de la différence d'aspect des deux hémisphères cérébraux.

A gauche, les circonvolutions cérébrales paraissent plus affaissées qu'à droite. La substance cérébrale est molle et fluctuante du côté gauche. Lorsqu'on veut arracher la faulx du cerveau, on remarque qu'elle est solidement adhérente à la face interhémisphérique du lobe frontal gauche. En séparant les deux hémisphères, une quantité considérable de liquide clair s'échappe de la cavité du ventricule latéral gauche, et la pulpe cérébrale s'affaisse aussitôt. Il existe une différence considérable dans le poids des deux hémisphères :

|            |                  |
|------------|------------------|
| Hémisphère | Droit = 540 gr.  |
|            | Gauche = 435 gr. |

Une partie notable des circonvolutions frontales internes a disparu à la face interne de l'hémisphère cérébral gauche. La cavité ventriculaire n'est fermée que par une membrane fibreuse cicatricielle grisâtre dont la surface est irrégulière, sillonnée de tractus fibreux.

La première circonvolution frontale interne (qui représente normalement la face interne de la 1<sup>re</sup> frontale) a disparu dans une étendue de 6 cent. environ; de même pour la plus grande partie de la 2<sup>e</sup> frontale interne (circonv. du corps calleux);

mais, fait remarquable, le *lobe paracentral* est intact ou du moins il a conservé sa forme, toutefois il paraît plus petit que celui du côté droit. En arrière du lobe paracentral, le pied du lobe carré est le siège d'une atrophie peu considérable, en sorte que le lobe paracentral est comme isolé au milieu d'une plaque d'atrophie corticale. L'épaisseur du cerveau au niveau de la plaque d'atrophie est environ de 6 millimètres. On comprend, en face de ces lésions qui respectaient en somme les régions motrices, comment le malade n'avait eu qu'une très-légère hémiplegie.

La cavité du ventricule latéral gauche est considérablement agrandie ; les vaisseaux sous-ependymaires très-volumineux. (Voyez le dessin de la pièce in album de la Société.) Aucune lésion apparente dans le reste des centres encéphalo-médullaires. Les artères encéphaliques sont normales. Le crâne est normal.

RÉFLEXIONS. — Quelques faits importants sont à signaler dans cette observation : 1° Le développement d'un carcinome primitif du foie chez un alcoolique dont le parenchyme hépatique commençait à se ressentir de l'intoxication ;

2° La multiplicité des noyaux cancéreux disséminés dans le foie, sans qu'il ait été possible de distinguer le point de départ du néoplasme hépatique.

3° Les végétations cancéreuses développées dans les veines hépatiques, fait rare au dire de Cruveilhier, de Frerichs, tandis que la thrombose cancéreuse des rameaux portes est assez fréquente.

4° L'atrophie de l'hémisphère cérébral gauche ayant déterminé une hydrocéphalie ventriculaire gauche, et se rattachant à une lésion ancienne de l'enfance qui respectait le lobe paracentral.

**28. Cloisonnement de la cavité pelvienne; utérus et vagin doubles; infundibulum cutané de la région sacro-coccygienne; par Ch. Férat.**

Ces pièces proviennent d'une petite fille de 5 ans, morte dans le service de M. PARROT, à l'hospice des Enfants-Assistés; les deux principaux vices de conformation n'avaient point pu être soupçonnés pendant la vie, c'est en examinant l'état des orifices herniaires que je les ai découverts à l'autopsie.

La paroi abdominale antérieure étant enlevée, on constate les dispositions suivantes : le rectum est situé exactement sur la ligne médiane et immédiatement contre le sacrum : les deux lames droite et gauche du péritoine pariétal, après avoir tapissé chacune la moitié correspondante de cet intestin.

s'adossent l'une à l'autre pour former une cloison antéro-postérieure qui, divisant en deux la partie postérieure de la cavité pelvienne dans toute sa hauteur, a pour limite supérieure une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant et va du promontoire au fond de l'utérus. Au moment où ils arrivent sur cette limite, les deux feuillets de la cloison s'écartent de nouveau pour former les lames postérieures de deux replis latéraux qui représentent les ligaments larges, mais qui remontent bien au-dessus des annexes de l'utérus et se terminent latéralement au niveau des cordons des artères ombilicales, et à 4 centimètre au-dessus de l'arcade de Fallope.

Si on examine la pièce par la face antérieure, on voit une cloison ayant la forme d'un triangle isocèle, dont la base est mesurée par l'écartement des artères ombilicales, et dont le sommet correspond à la face antérieure du rectum au niveau de l'articulation sacro-vertébrale; cette cloison transversale présente la même obliquité que le bord supérieur de la cloison antéro-postérieure, puisqu'elle est formée en arrière par l'écartement des deux feuillets de cette dernière; sa lame antérieure est formée par le feuillet péritonéal qui remonte du cul-de-sac vésico-utérin et va se continuer en haut et latéralement avec les feuillets précédents. Cette cloison transversale n'est pas plane, elle forme un angle dièdre obtus ouvert en avant et dans lequel est comprise la vessie. (Voir dans l'album le croquis que je dois à l'obligeance de M. le docteur Martin.)

En résumé la cavité pelvienne est cloisonnée par trois replis péritonéaux : un antéro-postérieur et deux autres obliquement dirigés d'arrière en avant et de dedans en dehors; l'ensemble de ces replis représente assez bien la disposition de la tente du cervelet et de la partie postérieure de la faux du cerveau, la faux correspond à la cloison antéro-postérieure, la tente à l'ensemble des deux cloisons obliques. Ces trois replis limitent trois loges; une antérieure qui contient la vessie et deux postéro-latérales dans lesquelles pouvait descendre l'intestin et où on voit dans un repli secondaire situé à la partie postérieure du grand repli latéral la trompe et l'ovaire. Le ligament rond fait à peine saillie sous le feuillet postérieur du repli principal, sauf tout à fait en dehors où il se soulève fortement avant de pénétrer dans le canal de Nuck complètement fermé.

Les replis utéro-sacrés ont leur disposition habituelle, de sorte qu'il existe de chaque côté de la grande cloison médiane un cul-de-sac rétro-utérin de près d'un centimètre de profondeur et qui laisse à peine pénétrer une sonde ordinaire.

Les artères ombilicales ont leur disposition normale depuis leur origine jusqu'à leur terminaison.

Derrière la vessie, juste sur la ligne médiane, au point de réunion des trois replis péritonéaux, on sent à travers les feuillets séreux un corps résistant qui semble être l'utérus, mais cet organe présente une forme anormale comme le reste des organes génitaux.

*Vulva* : Les grandes et les petites lèvres présentent, ainsi que le clitoris, leur disposition habituelle; mais l'orifice vulvaire est divisé par une cloison verticale ou antéro-postérieure d'un millimètre d'épaisseur qui se continue en bas avec deux replis semi-lunaires formant un hymen de chaque côté.

*Vagin* : La cloison vulvaire se continue en haut sur toute la longueur du vagin; elle présente partout la même épaisseur. Les deux conduits sont très-intimement accolés, et sur la face externe on ne voit aucune trace de sillon longitudinal indiquant la bifidité. Les culs-de-sac utéro-vaginaux postérieurs sont très-prononcés, c'est là que s'engageait la sonde qu'on ne pouvait introduire directement dans l'utérus; les culs-de-sac antérieurs sont à peine marqués.

*Utérus* : Il est aussi double; les deux cols font suite à la direction des conduits vaginaux, ils sont aussi intimement accolés et on ne distingue point non plus de sillon médian sur les faces antérieure et postérieure. Dès leur origine, les deux corps prennent une direction divergente de sorte qu'ils figurent avec les deux cols adossés un Y dont les branches supérieures sont écartées à angle très-obtus; ils ont 12 mm. de longueur, présentent une forme cylindrique et se terminent par une extrémité conique qui donne insertion à la trompe: leur diamètre est d'un peu plus de 3 mm.; leur cavité laisse pénétrer une sonde cannelée de petit volume.

Il ne manque pas d'exemples de bifidité des organes génitaux de la femme; mais dans aucun cas on ne trouve nulle part comme coïncidence le cloisonnement de la cavité pelvienne.

Ce sujet offre en outre une autre particularité: c'est une dépression circulaire infundibuliforme de 3 à 4 mm. de profondeur située au niveau de la partie inférieure du sacrum; les bords en sont mousses et lisses, le fond paraît adhérent au squelette: la peau qui la forme présente les mêmes caractères que dans les régions voisines. Cette disposition est loin d'être rare chez les jeunes enfants; mais elle est intéressante parce qu'elle semble pouvoir donner naissance à des tumeurs particulières comme M. Terrillon en a récemment observé plusieurs cas. La dépression qui paraît être la trace de la fermeture du canal rachidien peut se présenter sous des formes assez différentes: tantôt il existe un simple nœud avec adhé-



rences de la peau dont la coloration n'est pas modifiée; tantôt on voit une ligne verticale blanchâtre aussi avec adhérences; tantôt enfin c'est un infundibulum dont l'axe peut être directement antéro-postérieur comme sur cette pièce et dont la profondeur varie avec l'épaisseur de la couche celluloadipeuse sous-cutanée: quelquefois l'axe de l'infundibulum est oblique d'arrière en avant et de haut en bas et son orifice aplati figure un V ouvert en haut. Il est probable que c'est surtout lorsque l'infundibulum présente cette dernière disposition que la matière sébacée peut s'y accumuler et former des tumeurs très-analogues à celles que l'on rencontre quelquefois à l'ombilic.

Dans un cas j'ai trouvé en même temps que cet infundibulum, une déformation singulière du sacrum et du coccyx dont la face postérieure présentait une direction verticale, le coccyx était même plutôt un peu dévié en arrière, de sorte que l'infundibulum semblait porté sur une éminence. (Voir dans l'album le dessin d'après nature de mon ami M. Dufaud).

Sur trois pièces de ce genre que j'ai disséquées, j'ai trouvé la peau du fond de l'entonnoir adhérent à la partie inférieure du sacrum et à la base du coccyx par des brides fibreuses, épaisses, courtes et résistantes. Une seule a été examinée au microscope; la peau déprimée présentait les mêmes caractères que sur les régions voisines, sauf, que les papilles paraissent plus effilées et plus minces et que la couche épidermique à une épaisseur notablement plus considérable.

**29. Cirrhose. — Ascite. — Hernie ombilicale étranglée. — Anus contre nature;** par JALAGUIER, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 54 ans, journalier, soigné depuis six mois dans le service de M. PETER pour une cirrhose avec ascite, fut ponctionné une première fois le 25 avril; la hernie ombilicale qui datait déjà de plusieurs années, présenta à la suite de cette opération des phénomènes d'étranglement; la réduction fut facile.

Une deuxième ponction fut faite le 1<sup>er</sup> mai et suivie des mêmes accidents. Cette fois la réduction ne peut être obtenue, et le malade entra le 3 mai dans le service de M. VERNEUIL.

En présence du mauvais état constitutionnel de ce malade, M. Verneuil se refusa à pratiquer l'opération par le bistouri; d'autant que des sangsues appliquées deux jours auparavant sur la hernie avaient donné lieu à une hémorrhagie inquiétante, il appliqua sur la hernie une couche de pâte de

Vienne, le 3 mai. L'eschare fut fendue le 5 mai, et presque aussitôt il s'écoula par le bout supérieur une quantité considérable de matières fécales. Les vomissements cessèrent, et le malade reprit rapidement ses forces.

Le 23 mai, les selles se suspendent, les vomissements repaissent ; un purgatif ne produit aucun effet. Le lendemain, une sonde introduite dans le bout supérieur, permet l'évacuation d'une grande quantité des matières demi-liquides.

Les vomissements cessèrent, mais pour recommencer le 25 mai ; les matières vomies étaient noirâtres, marc de café. L'écoulement des matières fécales se faisait cependant régulièrement par le bout supérieur de l'intestin. La température s'abaissa, et le malade succomba le 27 mai.

**AUTOPSIE.** — Le foie présente à peu près son volume normal ; son tissu, granuleux, est mou et friable. Le rein est pâle et anémié. Pleurésie hémorrhagique à gauche. Symphyse complète du cœur ; aucune lésion valvulaire. Pendant la vie ; on n'avait noté qu'un très-léger bruit de souffle. L'étranglement siégeait sur l'intestin grêle, à un mètre au-dessus du cœcum. L'intestin seul était étranglé, il n'y avait aucune trace d'épiploon. Les adhérences qui unissaient l'intestin à l'anneau ombilical étaient parfaitement solides. L'anus contre nature aurait pu permettre au malade de vivre ; il a évidemment succombé aux lésions cardiaques et hépatiques.

**30. Symphyse cardiaque. — Foie cardiaque ;** par QUÉNU, interne.

M<sup>me</sup> C..., âgée de 54 ans, a vu ses jambes devenir enflées il y a un an, puis l'enflure a gagné le ventre et l'a obligée à se faire soigner successivement à l'Hôpital Temporaire et à la Pitié. Trois ponctions de l'abdomen ont été faites avant son entrée à la salle Sainte-Genève, n° 18.

Le 22 mars 1878, cette malade a de l'ascite, un œdème considérable des membres inférieurs et une congestion avec œdème pulmonaire. La dyspnée est assez intense ; le pouls est très-fréquent, petit, inégal, irrégulier. Les bruits du cœur sont sourds, les battements présentent des irrégularités et des intermittences. Au premier bruit et à la pointe, léger souffle. En outre, nous apercevons une sorte d'ondulation continue à l'épigastre, qui semble se déprimer à chaque systole. Se fondant sur ce signe qu'ont indiqué Heim et Sander, M. Desnos diagnostique une symphyse cardiaque, malgré l'absence des deux signes pathognomoniques : la dépression systolique de l'espace intercostal correspondant à la pointe du cœur et le soulèvement diastolique.

On diagnostique de plus une insuffisance mitrale et une

**cirrhose cardiaque.** — La malade succombe à l'asphyxie le 15 avril.

**AUTOPSIE.** — La face antérieure du sac fibreux péricardique adhère au poumon gauche et à la face postérieure du sternum. Les deux feuillets séreux sont adhérents dans toute leur étendue et ne forment plus qu'une seule membrane épaissie et résistante. De plus, dans une étendue de 7 centimètres de long sur 3 centimètres de large, le péricarde qui revêt la face antérieure de la cloison interventriculaire, est infiltré de sels calcaires, et converti en une plaque rigide, dure comme de l'os. Cette plaque remonte sur la face postérieure du cœur de façon à figurer une sorte de demi-anneau embrassant la pointe du cœur. Une plaque de trois centimètres carrés existe encore au niveau de l'anneau fibreux auriculo-ventriculaire gauche. Enfin, une plaque de 5 centimètres de large sur 3 centimètres de haut, recouvre la face antérieure du ventricule droit, et sa face profonde hérissée de mamelons, fait saillie en dedans du ventricule droit; cette plaque devait singulièrement gêner le fonctionnement de la valvule tricuspide. La valvule mitrale ne présente qu'un peu d'épaississement de son bord libre. Le myocarde est très-aminé, il offre une coloration feuille-morte. Le foie est un peu atrophie, dur, granuleux, d'une coloration rougeâtre. Sa consistance est moins ferme que dans la cirrhose vulgaire. L'examen microscopique a démontré que la sclérose portait surtout sur le centre du lobule autour de la veine centrale. Reins sains.

Il s'agit donc bien d'une cirrhose cardiaque consécutive non à une lésion valvulaire (le petit bourrelet de la valvule mitrale nous semble bien insuffisant pour cela), mais à une symphyse cardiaque. Cette dernière était encore aggravée par l'ossification du péricarde et à la fin par la myocardite.

### 34. Tubercules du cerveau, de la protubérance et du bulbe. —

**Paralysie du nerf moteur oculaire externe;** par QUÉNU, interne des hôpitaux.

Marie B..., âgée de 43 ans, religieuse, entre pour la seconde fois dans le service de M. DESNOS le 15 avril 1878. Elle a été soignée, il y a deux ans, dans cette même salle Sainte-Genève, pour une phthisie pulmonaire. Sa maladie a débuté il y a 5 ans par une hémoptysie survenue dans le cours d'un léger rhume; depuis, elle a craché le sang à plusieurs reprises, néanmoins on peut dire que cette tuberculose a évolué lentement, ce qui tient à ce que la fièvre ne s'est montrée que tard, il y a 6 semaines environ; jusque-là, l'appétit

était conservé, pas de diarrhée, pas de vomissements, l'amaigrissement et la perte des forces datent d'un an. Jusqu'à il y a un mois, Marie B... avait continué son travail quand de nouveaux accidents sont venus l'obliger à interrompre toute occupation. Dans la rue, chez elle, elle a été prise plusieurs fois d'étourdissements qui eussent occasionné une chute, si elle ne se fût retenue à quelque objet. Pas de perte de connaissance, pas de bourdonnements d'oreille. De plus, elle ressent depuis la même époque, une douleur continue à l'occiput, et vomit de la bile, en dehors des efforts de toux ; enfin peu après, elle a remarqué que son œil droit se *tournait en dedans* et qu'elle voyait les objets en double. Les étourdissements et le vertige ont précédé l'apparition de cette diplopie. Antécédents héréditaires : père mort d'une maladie du foie ; mère bien portante ; 3 frères et sœur morts jeunes.

Antécédents personnels : scarlatine à forme typhoïde dans son enfance — 4 enfants et une fausse couche — 2 enfants vivent encore. Pas d'hystérie. Actuellement, cette malade accuse encore du mal de tête, (les étourdissements ont diminué), elle a la tête comme engourdie et tout le temps envie de dormir ; elle voit toujours double, et éprouve à l'angle interne de l'œil droit une sensation de tiraillement. Elle a souvent mal au cœur, et tous les 2 ou 3 jours vomit de la bile. Elle tousse peu.

Pas de faiblesse dans les membres d'aucun côté, pas de déviation de la face. Sensibilité intacte. Strabisme interne de l'œil droit, le globe oculaire ne peut suivre le doigt promené de dedans en dehors, au delà d'un plan vertical antéro-postérieur passant par le milieu de l'orbite. Les autres mouvements sont conservés, les pupilles sont égales, la vision bonne des 2 côtés, pas de nystagmus.

La diplopie n'existe que dans le champ visuel droit, l'expérience des verres colorés nous montre bien que les images sont homonymes.

A l'auscultation des poumons, on trouve tous les signes physiques de tubercules parvenus à la période de ramollissement, il y a même quelques petites cavernes à droite.

Cette malade n'avait aucune déviation de l'œil il y a un mois, et cette paralysie complète du nerf oculaire moteur externe s'est accompagnée de troubles gastriques, de céphalalgie et de vertige. Nous éliminons la méningite tuberculeuse, à cause de la marche, de l'état des facultés intellectuelles, de l'absence des signes tirés du poulx, etc., et nous rattachons à l'idée d'un tubercule comprimant le nerf oculaire moteur externe soit à son origine, soit dans son trajet intrabulbaire.

Le 24 avril la malade succombe à l'asphyxie et à la cachexie. La céphalalgie et les symptômes oculaires ont persisté jusqu'à la fin. Dans les trois dernières semaines, les vomissements bilieux se faisaient presque sans effort et comme par régurgitation.

**AUTOPSIE.** — *Poumons* infiltrés de tubercules à diverses périodes ; plusieurs excavations des deux côtés.

*Encéphale.* — Nous recherchons minutieusement s'il existe des granulations tuberculeuses dans les méninges, le long des artères. Aucune trace de tubercules, ni de méningite.

Rien d'anormal dans l'orbite du côté droit ; le nerf moteur oculaire externe a été disséqué dans tout son trajet. Il n'est comprimé par aucune tumeur.

Le plancher du quatrième ventricule étant mis à découvert par la section des pédoncules cérébelleux, on aperçoit juste au-dessus des barbes du calamus une petite tumeur, plus grosse qu'un pois, soulevant le plancher du ventricule, un peu en dehors de la ligne médiane et du côté droit. Nous croyons donc au premier abord que ce noyau, en comprimant l'eminentiateres, a été la cause de la paralysie, mais il eût dû produire la paralysie du facial supérieur. (Voy. Pl. II, A). Une coupe verticale au niveau de l'union du bulbe et de la protubérance, nous fait voir que ce noyau tuberculeux est en dehors de l'eminentiateres, et de plus qu'un autre noyau du même volume se trouve juste sur une ligne unissant le point d'émergence du nerf moteur oculaire externe droit à son noyau d'origine ; ce dernier tubercule, en intéressant la portion intra-bulbaire du nerf a donc seul causé sa paralysie. (Voy. Pl. II, B).

Une coupe verticale passant un peu plus haut, nous montre les mêmes noyaux. (Pl. II, A).

Sur une coupe (B, Pl. II) passant au niveau de l'émergence du nerf oculaire moteur commun, on découvre un autre tubercule en pleine pyramide et bien en dehors du trajet du nerf de la troisième paire, une coupe du bulbe à sa partie inférieure, au niveau de la limite supérieure de l'entrecroisement des pyramides, nous fait voir un quatrième tubercule qui, comme le montre la fig. C (Pl. II), a dû intéresser le noyau de l'hypoglosse gauche. Malheureusement l'attention n'a pas été attirée de ce côté, pendant la vie.

Il existe encore d'autres tubercules dans l'encéphale de cette femme : Un dans le lobe droit du cervelet :

Un dans le faisceau frontal inférieur de l'hémisphère cérébral droit ; deux autres tubercules siègent dans la région préfrontale gauche, l'un à 5 centimètres, l'autre à 7 centimètres du sillon de Rolando, dans l'épaisseur de la substance blan-

che sous-jacente, à la deuxième circonvolution frontale ; enfin un neuvième tubercule, un peu plus petit que les autres, occupe la partie externe du noyau caudé. Tous ces tubercules semblaient contemporains, le centre de chacun présentant le même ramollissement dans la même étendue.

**32. Néphrite parenchymateuse. — Petit rein jaune ;** par  
L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Le nommé Ress... Jean, âgé de 23 ans, coiffeur, est entré dans le service de M. le professeur SÉE, le 24 mai 1878. Il avait été ramassé sur la voie publique pendant une attaque épileptiforme. Au poste de police il en eut une seconde. A son entrée dans le service, il était très-affaîssé, presque dans un état comateux et ce n'est qu'avec peine qu'on apprend quelques détails sur sa maladie. Il était arrivé depuis deux jours seulement à Paris, venant de province. C'était seulement quinze jours auparavant qu'il avait commencé à sentir un peu de malaise, à avoir quelques troubles dyspeptiques et que ses jambes s'étaient mises à enfler. Il affirme que jusque-là il s'était très-bien porté et n'avait eu aucun accident, sauf deux ou trois fois un peu de contracture de la mâchoire inférieure et par moments des contractions brusques de la face. Il n'indique pas d'autres accidents, ne se souvient pas d'avoir été exposé au froid: il ne semble pas avoir été alcoolique; pas de syphilis. Il a l'air absolument hébété, la figure est très-pâle, un peu bouffie, les paupières légèrement dilatées; il respire avec une certaine difficulté. Œdème assez considérable uniquement aux membres inférieurs; un peu d'œdème des bourses également. La température est abaissée à 36° 7; le pouls lent bat 32 pulsations par minute. L'examen du thorax est absolument négatif; tout au plus trouve-t-on quelques râles sibilants dans la poitrine. Il lui est impossible d'uriner; on est donc forcé de le sonder et on retire une très-petite quantité d'urine sanglante renfermant des flocons d'albumine.

Dans le courant de la journée, il a plusieurs attaques convulsives durant environ un quart d'heure chacune. Pendant l'attaque, la température monte à 38°.

27 mai. — Il est toujours aussi affaîssé, sans avoir complètement perdu connaissance. La sensibilité générale, les sensibilités spéciales sont conservées; il remue facilement les membres. La température est de 37°. Le pouls toujours fort lent. Dans le courant de la journée il tombe dans le coma. A partir de ce moment il n'a plus d'attaques convulsives.

28 mai. — Le coma est moins profond; on peut encore arri-

ver à lui faire comprendre ce qu'on lui dit ; mais la respiration est plus embarrassée. Il y a de la dyspnée assez forte. L'examen de la poitrine est toujours négatif ; à peine les râles sibilants ont-ils un peu augmenté. Température 37° ; pouls 48. Dans la journée la dyspnée augmente peu à peu.

29 mai. — Il est complètement dans le coma ; la dyspnée est très-intense. Il meurt dans la matinée.

AUTOPSIE. — Œdème cérébral assez considérable. Les poumons sont fortement congestionnés et œdémateux ; le cœur est assez volumineux ; la circonférence de l'orifice mitral est de 115 millim ; épaisseur de la paroi du ventricule gauche 1 cent. ; poids de l'organe 400 gr. — Le foie est un peu congestionné ; il pèse 1870 gr. A la surface intérieure de l'estomac, on trouve un grand nombre de vaisseaux sinués et très-dilatés.

La rate est volumineuse, très-congestionnée ; son poids est de 270 gr. Le rein gauche est un peu plus gros qu'à l'état physiologique ; il pèse 150 gr. Le droit est très-petit ; il mesure 68 millim. de haut sur 34 millim. de largeur. Son poids est de 55 gr. Les deux reins ont du reste le même aspect. La capsule s'enlève facilement et la surface du rein est bosselée ; elle apparaît avec une teinte rouge pâle ; elle est parsemée de granulations blanchâtres ; pas de kyste. A la coupe, la zone corticale est rouge pâle ; par places elle est même absolument jaunâtre. Les pyramides de Malpighi ont une teinte rouge un peu plus foncée ; la consistance n'est pas considérable ; le tissu rénal se laisse facilement déchirer. Les deux reins sont semblables. Le droit est cependant un peu plus résistant que le gauche ; il semble être à une période plus avancée et correspondre à cet état du rein que Johnson a désigné sous le nom de petit rein jaune, tandis que le rein gauche est encore à la période de la néphrite parenchymateuse connue sous le nom de gros rein blanc.

L'examen histologique sera pratiqué ultérieurement dans le laboratoire de M. le professeur Charcot.

**38. Coxalgie scrofuleuse suppurée. — Luxation spontanée ;** par  
J-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

C..., 2 ans et demi, commémoratifs très-restreints sur le début de la maladie datant de deux ans. Le membre inférieur gauche était déjà raccourci, mais encore aussi gros que le droit (Repos au berceau). Au commencement de 1877, M. Molland prend le service des chroniques. — Quelque temps après, l'enfant est placé dans une gouttière Bonnet qu'on est obligé d'enlever au bout de quinze jours, à cause des abcès et des

**fistules qui se déclarent.** Depuis lors, suppuration continuelle amenant l'épuisement progressif du petit malade.

Le 16 mai nous le trouvons réduit à un état de maigreur squelettique. Fièvre continue avec vomissements. — Quand aux phénomènes locaux, il existe trois fistules à la région trochantérienne qui présente une plus grande étendue que du côté sain. On constate en outre tous les symptômes d'une déviation de la cuisse caractéristique de la luxation iliaque, et en particulier : flexion, adduction, rotation en dedans et raccourcissement du membre.

8 juin. — M. 37° 5. → S. 38° 2. — Abattement général. (Julep à l'eau de vie).

20 juin. — 37° 8. Les vomissements empêchent toute observation. (Potion de Rivière).

21 juin. — M. 36° 2 ; S. 36° 8. — L'enfant ne répond plus. — Début de l'agonie.

22 juin. — 36° 0. La température s'est abaissée ; affaiblissement et refroidissement progressif.

23 juin. — M. 36° ; S. 36° 4.

25 juin. — AUTOPSIE. — Encéphale sain ; sauf à la surface un peu œdématisée à gauche, congestionnée à droite. Cœur pâle. — Les poumons offrent quelques noyaux durs disséminés. Induration des ganglions bronchiques. Foie développé et gras à la coupe et au râclage. — Bile couleur sépia, consistance semi-solide, ne s'écoule pas à l'incision de la vésicule. Rate très-consistante. Reins très-durs à la coupe, pâles, décolorés, sans adhérence de la capsule. Estomac contient un liquide grumeleux.

*Hanche gauche.* Peau et couche sous-cutanée sont le siège de trois orifices de trajet fistuleux aboutissant au clapier de pus sous-jacent au niveau du grand trochanter. Aponévrose et muscles fessiers et pelvi-trochantériens à leur insertion inférieure. Les fibres paraissent comme macérées dans le pus qui les infiltre et leur a donné sa coloration jaune verdâtre. Un foyer purulent se circonscrit davantage entre la tête fémorale déplacée plus haut et le rebord cotyloïdien.

Articulation coxo-fémorale. — Capsule et synoviale ; tandis que celle-ci est méconnaissable, la capsule au contraire est épaisse et plus étendue que normalement par ses insertions coxales. Son bord inférieur s'attache un peu plus en dehors du sourcil cotyloïdien ; mais son bord supérieur paraît s'implanter au-delà de la gouttière sus-cotyloïdienne de sorte qu'elle s'étend de la limite inférieure de l'ancienne surface articulaire à la limite supérieure de ce qui représenterait la nouvelle, d'après le reste de la description. — *Squelette.* Incisant cette capsule en bas et en avant, on constate, non-seule-



ment qu'il ne reste aucune trace du ligament rond, mais encore que la *tête fémorale* s'est placée en haut et en arrière, au-dessus de la gouttière sus-cotyloïdienne, luxation iliaque complète; la face externe du grand trochanter regarde en avant, la ligne âpre un peu en dehors. La distinction n'est plus possible entre le col et la tête fémorale; la moitié de celle-ci a disparu : la surface qui reste est aplatie, érodée. — La dyaphyse semble atrophiée.

L'os coxal présente le plus de lésions. La cavité cotyloïde offre une perforation totale plus étendue que l'arrière fond, esquilles irrégulières. — Le bord postéro-supérieur du sourcil cotyloïdien est le siège d'une usure complète. — Une vaste gouttière convertie en trou par un pont osseux au niveau de l'acetabulum fait communiquer celui-ci avec la portion verticale du bord antérieur de l'os comprise entre la coulisse du psoas iliaque et l'épine inférieure entièrement détruite. Le liquide purulent, d'abord épanché dans la cavité articulaire, a donc pu pénétrer dans la cavité du petit bassin par deux voies anormales : paroi cotyloïdienne perforée, gouttière sus-péritonéale de nouvelle formation.

RÉFLEXION. C'est un exemple des lésions terminales les plus avancées de la coxalgie. Mais si l'ancien article a sensiblement disparu dans ses parties constituantes, cartilage, synoviale, ligament rond et liens actifs, on ne saurait affirmer malgré l'épaississement et l'extension de la capsule et en l'absence de toute excavation nouvellement formée, qu'il y ait de pseudarthrose, consécutive à la luxation pathologique.

*Le Secrétaire.*

I. ETULLE.



## JUIN

*Séance du 7 juin.*

PRÉSIDENTE DE M. MALASSEZ.

### 1. Insuffisance aortique ; par M. COSSY.

Homme de 50 ans, couché au n° 16, de la salle Saint-Louis à l'Hôtel-Dieu (service de M. HÉRARD), présente tous les signes d'une insuffisance aortique. Meurt subitement dans la nuit du 30 au 31 mai.

AUTOPSIE le 1<sup>er</sup> juin. *Cœur.* Hypertrophie du ventricule gauche, insuffisance de l'orifice aortique, qui est dilaté et ne présente que *deux* valvules. Ces deux valvules sont d'égales dimensions, mais chacune d'elles est plus grande qu'à l'état normal. Elles sont molles en certains points, rugueuses et incrustées de substances calcaires en d'autres points. Sur la face interne de chaque valvule existe une excroissance charnue, friable, en forme de chou-fleur, paraissant de nature fibreuse et de date récente. Enfin l'une des valvules présente en son milieu un orifice ovalaire, à grand diamètre transversal, assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cet orifice est limité par un bord épais, lisse, net, indiquant l'origine évidemment ancienne de la perforation. Valvule mitrale normale ainsi que les autres parties du cœur.

Poumon congestionné; foie, rate, reins, encéphale sont normaux; pas d'infarctus viscéraux.

M. HOUËL a eu l'occasion de voir deux fois une perforation valvulaire analogue à celle que vient de présenter M. Cossy. Dans ces deux cas, il y avait eu aussi mort subite.

**2. Tuberculose des testicules et de la prostate. — Disparition complète de la prostate; par M. L. CARRIÉ, interne des hôpitaux.**

Le nommé Perrain Henri, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Necker le 18 mai 1878, salle Saint-Vincent n° 5, service de M. le professeur GUYON, se plaignant de troubles du côté des organes urinaires et présentant déjà un état de cachexie assez avancée. Cet homme tousse depuis fort longtemps, sept ou huit ans environ; en 1871, il eut un abcès de la fosse ischio-rectale, dont l'ouverture resta fistuleuse pendant plusieurs mois, de ce côté on ne constate en ce moment qu'un bourrelet hémorroïdaire peu volumineux. Il y a trois mois le testicule droit devint douloureux, augmenta de volume et c'est à cette époque que survinrent pour la première fois des troubles du côté de la vessie, caractérisés par de fréquents besoins d'uriner, accompagnés de douleur, se faisant cependant moins ressentir la nuit que le jour et n'ayant jamais été suivis d'hématurie.

Le testicule droit est très-volumineux, entouré d'un épanchement abondant dans la vaginale; en arrière on sent l'épididyme indurée et bosselée.

A gauche, le testicule a son volume normal, mais l'épididyme présente plusieurs points d'indurations. Par le toucher rectal, on ne sent pour ainsi dire pas la prostate, le doigt rencontre une surface lisse, légèrement mollassse avec quelques inégalités, un peu dures sur les parties latérales: au-dessus, les vésicules séminales sont bosselées et douloureuses. En explorant le canal on éprouve deux ou trois ressauts, mais le n° 14 pénètre facilement. Presque pas d'urine dans la vessie. Les dernières gouttes sont formées par du pus. A l'auscultation, lésions tuberculeuses avancées dans les deux sommets plus marquées à gauche qu'à droite.

Trois jours après son entrée, ce malade est pris d'une diarrhée incoercible et meurt le 31 mai.

**AUTOPSIE.** Poumons — cavernes tuberculeuses aux deux sommets.

Reins sont sains, sans traces de tubercules: les vésicules séminales sont indurées. Le testicule droit présente à son centre un énorme noyau complètement ramolli. Plusieurs foyers caséeux dans les deux épididymes. La vessie est petite, les parois sont un peu épaissies, la muqueuse ne présente pas de traces d'altération tuberculeuse. L'épaississement des parois est plus considérable au niveau du col que partout ailleurs.

Au-dessous du col de la vessie se trouve une vaste poche,

présentant une capacité presque aussi considérable que celle de la vessie elle-même ; ses parois sont un peu inégales, et offrent la plus grande analogie, pour l'apparence, avec la muqueuse vésicale ; comme sur cette dernière on ne trouve pas traces de granulations tuberculeuses.

Si l'on considère l'ensemble de la pièce, il semblerait que l'on est d'abord en présence d'une vessie cloisonnée transversalement, mais si on recherche la prostate, on voit que celle-ci a complètement disparu, qu'il n'en existe que quelques débris au niveau de l'urèthre où on retrouve quelques vacuoles qui, au moment de l'autopsie, étaient pleines de pus et qui présentent à présent sur leurs parois des granulations d'apparence tuberculeuse. — Cette poche est formée par la loge prostatique dont le contenu a complètement disparu. Pas de granulations tuberculeuses dans l'uretère.

**3. Tuberculose pulmonaire, des reins, de la vessie, de l'urèthre ; disparition presque complète de la prostate ;**  
par CARRIÉ.

Rougier, 37 ans, maçon : salle Saint-Vincent, n° 4 (service de M. GUYON). — Entré le 30 avril 1878. — Il y a environ onze mois, cet homme fut pris sans cause appréciable de troubles de la miction, caractérisés par des envies fréquentes d'uriner, survenant aussi bien la nuit que le jour, se renouvelant toutes les demi-heures. Chaque miction était accompagnée d'une petite quantité de sang. Ces hématuries ont duré huit jours environ, mais il est à remarquer que le repos du lit ne les faisait pas disparaître : elles reparurent il y a trois mois pour ne cesser que de temps à autre. En ce moment les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes. Les urines sont fétides et contiennent, outre un peu de sang, une quantité considérable de pus : les mictions sont toujours très-douloureuses. Le canal ne présente pas de rétrécissement ; le passage de l'olive exploratrice éveille une douleur très-vive au moment où elle traverse la région prostatique. Par le toucher rectal on constate que la prostate est peu volumineuse, qu'elle est douloureuse, que les vésicules séminales sont indurées.

Les deux épидидymes présentent de petits foyers d'induration disséminés. Cet homme est excessivement amaigri : depuis longtemps il tousse, a eu de fréquentes hémoptysies, quelquefois de la diarrhée, des sueurs nocturnes très-abondantes et présente des signes d'induration dans les deux sommets.

Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, un peu de mieux se manifeste dans l'état général sous l'influence du re-

pos ; mais bientôt la fréquence des mictions reparut, celles-ci devinrent très-douloureuses : les urines étaient toujours très-purulentes, striées de sang.

Le 22 mai survint de la rétention d'urine. Le passage de la sonde au niveau de la région prostatique et du col arrache des cris au malade, qui succombe quelques jours après (31 mai), ayant présenté du délire pendant deux jours.

AUTOPSIE. — Poumons. Induration tuberculeuse des deux sommets sans excavations. Le péritoine est couvert de petites granulations miliaires, d'autant plus abondantes qu'on approche de l'excavation pelvienne. Le feuillet péritonéal qui recouvre la vessie en est tapissé.

Le rein droit est augmenté considérablement de volume, molasse, fluctuant. La capsule est très-épaissie, surtout au niveau du hile, d'aspect blanchâtre, présentant à sa surface des granulations tuberculeuses ; à l'incision du rein il s'écoule une grande quantité de pus ; la substance médullaire a presque complètement disparu, elle est remplacée par de la matière caséuse, jaunâtre, très-abondante, atteignant presque, en certains endroits, la périphérie du rein où la substance corticale ne présente plus que quelques millimètres d'épaisseur. Les calices, le bassinet sont très-dilatés ; leurs parois sont couvertes de granulations tuberculeuses. L'uretère présente la même disposition, seulement la dilatation cesse brusquement à quelques centimètres au-dessous du hile : arrivé à ce niveau, il se trouve au milieu d'une masse lardacée, infiltrée de matière tuberculeuse, qui l'accompagne jusqu'à son entrée dans la vessie.

Le rein gauche est plus petit ; un peu plus gros cependant que normalement ; pas d'épaississement de la capsule. Les calices et le bassinet sont dilatés, mais sans traces de tubercules. L'uretère est dilaté dans toute son étendue, présente un diamètre triple de son état normal : on sent dans ses parois des points indurés. Le tissu du rein est congestionné, en deux points infiltration de substance tuberculeuse jaunâtre, mais peu ramollie. Les vésicules séminales sont indurées.

Si maintenant on sectionne l'urètre et la vessie le long de leur face postérieure, on trouve quelques granulations tuberculeuses de la grosseur d'une tête d'épingle sur la muqueuse uréthrale au niveau de la région bulbaire, des lésions beaucoup plus importantes au niveau de la portion prostatique et à la surface interne de la vessie.

La loge prostatique, presque complètement vidée, et la vessie, présentent l'une par rapport à l'autre une disposition analogue à celle que l'on trouvait dans l'observation précédente. La prostate, qui a disparu presque en entier, a laissé

une loge de la grosseur d'un œuf à parois anfractueuses, tapissée de granulations jaunâtres; l'urèthre est entouré en avant par des tissus indurés tuberculeux; au-dessus de cette poche se trouve la vessie, présentant un épaississement du col qui est tapissé, infiltré ainsi que le reste de la surface vésicale de nombreuses granulations tuberculeuses.

**4. Abscès du ligament large gauche. — Double salpingite — Mort par péritonite; par J. PIOGER, interne provisoire.**

La nommée Pierre Claire, âgée de 36 ans, ménagère, entre, le 24 décembre 1877, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, service de M. Alph. GUÉRIN. Cette femme, douée d'une bonne santé habituelle, bien réglée, n'ayant jamais été traitée pour une maladie de matrice, se plaint, depuis un mois, de douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque gauche, à la suite, dit-elle, d'un coup de pied qu'elle aurait reçu dans le ventre, au moment de ses règles. Elle a voulu continuer ses occupations, mais bientôt la douleur l'a obligée à garder le lit. Son médecin lui fit appliquer huit sangsues sur le point douloureux, mais elle n'en éprouva qu'un soulagement de courte durée, et elle a dû se décider à entrer à l'hôpital. A son entrée, outre un amaigrissement notable, on constate une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche assez nettement limitée en haut par un bord transversal: le toucher très-douloureux permet de constater une dépression du cul-de-sac latéral gauche par une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un œuf de poule; le palper abdominal, combiné au toucher, montre la dépendance des deux tuméfactions, permet de sentir la fluctuation et de constater la mobilité de l'utérus. Rien au col ni à droite. Le ventre est à peine ballonné; la malade a des nausées, mais pas de vomissements; la fièvre est peu considérable. Le traitement consistera dans le repos absolu au lit, dans l'application d'une série de vésicatoires volants et dans quelques purgatifs.

Au mois de février, l'état reste à peu près le même; la fluctuation est de plus en plus manifeste, les téguments commencent à s'amincir et à rougir. Le 18 février une ponction avec l'appareil Dieulafoy, retire environ 250 gr. de pus verdâtre et bien lié.

Le pus se reproduit très-rapidement et bientôt la poche est aussi tendue qu'avant la ponction. Le 27 février, M. Guérin pratique une incision à la partie externe de la fosse iliaque au niveau du point le plus fluctuant: il s'écoule encore une grande quantité de pus; après un lavage superficiel à l'acide phénique, sans injection dans le foyer, on applique un pan-

sement ouaté, mais le pus ne tarde pas à couler autour du pansement, ce qui nécessite un renouvellement fréquent : la suppuration continuant à se faire abondamment, on fait un pansement humide à l'acide phénique.

Au commencement du mois de mai, la malade atteint un degré d'émaciation extrême; elle a un aspect terreux; le pouls est faible, fréquent, la température oscille autour de 38°; le matin de 37°.4 à 38°, le soir de 38° à 38°.6; l'appétit est nul, la malade peut à peine supporter d'être levée dans un fauteuil pendant quelques heures; elle accuse de temps en temps de petits frissons; elle ne tousse pas et l'examen de la poitrine n'offre rien à noter. On voit un commencement d'eschare au niveau du sacrum, du grand trochanter et de l'épine iliaque gauche antérieure : la fosse iliaque présente un empâtement plus diffus, on sent une résistance rappelant celle de la péritonite. L'exploration du foyer avec un stylet et une sonde de femme, ne fait découvrir aucune lésion osseuse capable d'expliquer la persistance de cette suppuration : on essaie de placer un drain qui cause des douleurs à la malade et ne peut être supporté.

La malade va ainsi en s'affaiblissant de plus en plus jusqu'au 2 juin; ce jour-là, à la visite du matin, elle accuse de violentes douleurs dans le ventre et dans le membre inférieur droit; celui-ci est le siège d'une phlegmatia alba dolens; le ventre très-douloureux à la palpation, n'est pas très-ballonné, mais il l'est cependant plus que d'habitude; la malade a des nausées, mais pas de vomissements; le pouls est faible et très-fréquent, le facies est grippé, et les extrémités sont refroidies; le traitement consiste en un cataplasme laudanisé sur le ventre, une injection sous-cutanée de morphine et une potion de Todd. La malade meurt à deux heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, nous avons trouvé une péritonite généralisée ou à peu près; un peu de liquide citrin dans le flanc droit; un pointillé blanchâtre et des fausses membranes sur les anses intestinales; à la partie inférieure, les fausses membranes paraissent plus anciennes, surtout du côté de la fosse iliaque gauche; au premier abord, on pourrait songer à une péritonite tuberculeuse, mais une étude plus attentive nous a montré qu'il n'en est rien.

En essayant de dissocier les organes du côté de la fosse iliaque gauche, nous découvrons du pus dans la séreuse péritonéale, mais ce pus provient d'une rupture faite par les tractions. Dans le petit bassin, l'utérus est libre, les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin sont intacts; le ligament large gauche seul, est le siège de modifications importantes. La

trompe gauche, très-épaissie, forme un gros cordon blanchâtre qui se replie en arrière et vient s'ouvrir dans une poche purulente, occupant la partie postérieure et supérieure du ligament large gauche. Cette poche communique avec une autre plus inférieure et formée de parois anfractueuses avec de petites concrétions blanchâtres à l'intérieur; sur un point de ces parois, un petit kyste séreux; les rapports de cette poche purulente et la présence de ce kyste, portaient naturellement à penser à une ovarite suppurée, mais l'examen histologique n'a montré que du tissu fibreux et quelques faisceaux de fibres musculaires lisses sans traces d'ovules; quant à l'ovaire, nous n'avons pu en retrouver les traces. Enfin, un troisième foyer occupe la base du ligament large, accolé à la partie latérale gauche de l'utérus; il communique avec les deux autres; c'est la tumeur formée par ce dernier foyer que l'on sentait par le toucher vaginal. — L'utérus est sain.

Le ligament large droit ne présente rien à noter sauf une disposition intéressante de la trompe: celle-ci forme un gros cordon fibreux blanchâtre, très-dur, qui remonte obliquement dans la fosse iliaque et vient se terminer au-dessus de la crête iliaque, en avant du muscle carré des lombes, dans une poche purulente, du volume d'un gros œuf de poule, donnant accès sur l'extrémité dénudée de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire; le canal de la trompe est dilaté et anfractueux dans sa partie supérieure, mais il se rétrécit en bas, de sorte que l'isthme de la trompe est normal.

Les autres organes n'ont rien présenté d'important à signaler; le rein droit était volumineux et décoloré; le foie était gras; les poumons n'offraient pas trace de tubercules; le droit était congestionné à la base.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante au point de vue clinique comme au point de vue anatomique. En effet, nous l'avons vue débiter d'une façon assez franche à la suite d'un traumatisme, pour qu'on pût croire soit à un adéno-phlegmon juxta-pubien, comme l'avait diagnostiqué M. Guérin à l'entrée de la malade, soit à un phlegmon péri-utérin; mais, d'une part, la suppuration est survenue assez rapidement chez cette femme en dehors de toute influence puerpérale, et, d'autre part, cette suppuration a pris un caractère de persistance et d'abondance qui la rapprochait tout naturellement d'une affection osseuse; enfin, cette collection purulente assez nettement limitée et ouverte à l'extérieur, s'est cependant terminée par une péritonite.

Mais c'est surtout au point de vue anatomique que cette observation nous paraît digne d'intérêt. D'un côté, la trompe



droite offre une disposition que rien dans les antécédents de la malade ne peut nous expliquer; cette trompe communique avec un abcès ossifluent qui est demeuré latent sur le vivant et ne paraît avoir aucun rapport avec ce que nous trouvons à gauche. De ce côté, en effet, nous avons un abcès du ligament large, nettement limité, constitué par trois poches qui communiquent entre elles; l'une nous paraît manifestement développée aux dépens de la trompe; l'autre, probablement dans l'ovaire; quel est le point de départ de cette suppuration? L'ovaire, la trompe ou le tissu cellulaire du ligament large? Il nous semble difficile de prononcer. — Cette suppuration a entraîné de la péritonite adhésive au pourtour, et la formation d'autres foyers purulents; c'est par ces dernières collections que le pus s'est frayé un passage vers l'extérieur, et c'est par leur rupture que s'est formée la péritonite finale. Ce n'est point, en effet, en gagnant la paroi abdominale antérieure et en venant former un plastron abdominal que le pus est venu sortir en avant; le pus n'a point fusé, non plus, à travers l'échancrure sciatique en suivant les vaisseaux, comme le prétendait Jarjavay; mais il est resté circonscrit dans l'épaisseur du ligament large, comme cela aurait toujours lieu d'après M. Guérin, grâce à la disposition des aponévroses qui ferment en bas et en avant la loge cellulaire du ligament large; la propagation à la paroi abdominale, la formation du plastron des auteurs, serait propre à l'adéno-phlegmon juxtapubien.

**5. Carcinome primitif du foie. — Thrombose par végétations cancéreuses de la veine-porte; par A. Mossé, interne des hôpitaux.**

Ollivier Ph., 74 ans, cordonnier, entre le 17 mai 1878 salle Saint-Thomas, lit n° 41, à l'Hôtel-Dieu (service de M. OULMONT). En s'approchant du malade ce qui frappe d'abord, c'est sa maigreur extrême. La face, les membres et le thorax ont un aspect entièrement squelettique. Les membres inférieurs sont œdématisés; l'abdomen est très-distendu. Cet état de maigreur, dit-il, remonte à trente ans, tandis que le gonflement des extrémités ne s'est montré que depuis quinze jours, pour faire ensuite de rapides progrès; l'émaciation est tellement prononcée, il y a une telle absence de muscles, que la main est simienne et que l'on peut se demander s'il n'y a pas quelque lésion trophique du système musculaire; cette idée paraît ensuite devoir être écartée: sa cachexie actuelle aurait simplement exagéré un état de maigreur très-marquée depuis fort longtemps. La cornée est subictérique; la coloration des

téguments est légèrement bistrée; la teinte est plus foncée à la face que dans tout le reste du corps. L'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'aux cuisses. L'abdomen, très-distendu, ne contient cependant qu'une quantité de liquide très-peu considérable: en effet, la percussion fait entendre une sonorité tympanique depuis l'épigastre presque jusqu'au pubis. Sur les parties latérales, sonorité et matité irrégulièrement distribuées.

Le foie est volumineux par la palpation simple, mais surtout en déprimant et refoulant un peu les parois abdominales, on trouve un plan résistant, dur, irrégulier, et qui paraît être formé par les bosselures du foie; celui-ci étant un peu abaissé, la main ne sent pas précisément des masses distinctes dans le reste de l'étendue de l'abdomen, mais elle éprouve cette sensation particulière qui a été désignée sous le nom de ventre marécageux. La sonorité irrégulièrement distribuée, et ce dernier symptôme joint à la forme de l'abdomen, font penser qu'il y a aussi, outre l'affection du foie, une péritonite chronique; l'âge du malade; son état cachectique, donnent l'idée d'une péritonite d'origine cancéreuse. Les fonctions digestives sont troublées: insomnie, hyperesthésie générale; mais le malade n'accuse pas de vives douleurs dans une région plutôt que dans une autre. Traitement: Eau de Vichy; vin de quinquina; pilule d'extrait thébaïque.

Pendant quinze jours l'état est resté sensiblement le même; le malade se plaint surtout de ne point dormir la nuit. Les urines ont une couleur acajou, sont très-chargées de sels, d'abord assez abondantes au moment de l'entrée du malade, puis ayant progressivement diminué de quantité; pas d'albumine. Examinées deux fois au moyen de l'appareil Regnard, elles ont été trouvées très-pauvres en urée (6 gr. d'urée). D'ailleurs il faut dire que le malade ne se nourrissait presque plus à ce moment. Ni diarrhée, ni constipation.

1<sup>er</sup> Juin. — La teinte de la peau, simplement bistrée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, devient jaune maintenant. L'ascite est plus abondante qu'au début.

4 juin. — Apparition de quelques taches de purpura sur la face et les bras; dans la journée, le délire, qui la veille et les jours précédents n'avait été constitué que par un simple sub-délirium, augmente maintenant diarrhée jaune depuis deux ou trois jours. Le malade, avant cette période, se levait pour aller à la garde-robe, et ne peut dire si les selles étaient décolorées ou au contraire jaunes comme elles le sont maintenant. Mort le 5 juin à une heure du matin.

AUTOPSIE le 6 juin, trente heures environ après la mort (faite en présence de M. Rendu suppléant M. Oulmont). —

Epanchement peu abondant dans les cavités pleurales : quelques adhérences au sommet du poumon droit. Poumon droit : pneumonie du lobe supérieur et du lobe moyen : le lobe inférieur est sain. — Le poumon gauche offre seulement de la congestion hypostatique. Le cœur n'offre rien de particulier à noter. — *Abdomen.* La cavité péritonéale contient environ 4 à 5 litres d'un liquide citrin foncé : le péritoine, le mésentère, le grand épiploon sont absolument sains ; il n'existe pas de péritonite chronique. L'intestin, ouvert dans toute son étendue, ne présente aucune lésion. La muqueuse est saine : les parois abdominales sont cependant plus friables qu'elles ne le sont à l'état normal.

Les reins ont leur aspect normal : la capsule n'est pas adhérente : quelques petits kystes au-dessous de la capsule mais sans irrégularités ni adhérences du parenchyme. Il n'y a rien dans la vessie ni dans la prostate. Rate dure à la coupe, sans autre particularité : aspect normal. Pancréas un peu induré également, mais paraissant très-sain : la colonne vertébrale n'offre pas non plus de lésions ; les corps vertébraux sciés sur une grande étendue ne contiennent pas de noyaux cancéreux.

*Foie* irrégulier, offrant à la surface des nodules de volume inégal, mais généralement assez petits : ils sont disséminés sur toute la surface convexe du foie et plus particulièrement à gauche. A la coupe, ces nodules ont cette couleur blanchâtre et cette rénitence caractéristique du cancer du foie ; la vésicule biliaire est saine. La face inférieure du foie demande une description spéciale ; sur le lobe gauche, quelques nodules semblables à ceux qui siègent sur la face convexe : sur le lobe droit, en arrière et en haut près du bord postérieur, saillie d'une tumeur ramollie : à ce niveau, le foie recouvert par le diaphragme a gardé sa coloration gris-rouge habituelle, et c'est la substance de cet organe qui forme la limite de la tumeur : une autre tumeur ramollie, presque fluctuante mais plus petite et faisant à peine saillie, est située à côté de celle-ci avec laquelle elle paraît d'ailleurs avoir des rapports plus immédiats. A la coupe, on constate que ces tumeurs sont formées par des masses rougeâtres, ramollies, très-probablement carcinomateuses et ayant détruit en ce point le tissu du foie ; elle se laisse enlever assez facilement et il reste alors une cavité anfractueuse environ du volume d'une orange.

Le tronc de la veine porte est occupé par un caillot noir et jaunâtre, irrégulier : la branche de division droite de la veine contient aussi une matière jaune, très-molle, et qui est probablement du carcinome ayant envahi secondaires le vaisseau. La branche gauche ne présente rien de semblable.

Il n'y a pas de cancer dans l'estomac : les parois de celui-ci sont saines, la muqueuse offre seulement une teinte grise dans toute son étendue, sauf dans la région du cardia où elle est rouge et où les veines sont un peu dilatées.

L'examen histologique du foie a été fait au laboratoire du Collège de France par M. Chambard, qui a reconnu un carcinome. Les caillots de la veine porte s'étaient formés autour de bourgeons carcinomateux qui avaient envahi les parois vasculaires.

RÉFLEXIONS. — Dans l'observation qui précède, nous signalerons surtout deux points : 1° Nous avons eu affaire à un cancer primitif du foie, affection assez rare pour avoir pu être presque niée par quelques anatomo-pathologistes : deux cas semblables ont été apportés cette année devant la Société, l'un par M. Letulle, l'autre par M. Routier. Dans celui qui nous est personnel, on ne peut songer également qu'à un cancer primitif, et cela par exclusion : tous les organes abdominaux étaient sains. Dans ces cas, en effet, l'examen d'aucun viscère ne doit être négligé : Nous tenons de M. le Dr Raymond, chef de clinique de la Faculté, et qui assistait à l'autopsie, que dans une circonstance particulière où l'on avait cru avoir affaire à un cancer primitif du foie, mais où la vessie n'avait pas été ouverte, cet organe fut incisé d'après le conseil de M. le professeur Vulpian dans le service duquel était mort le sujet : il contenait un fungus carcinomateux. Ici, il semble que l'on puisse placer, non sans quelque vérité, le point de départ de la lésion dans le lobe droit du foie, elle s'est ensuite propagée au reste du parenchyme par l'intermédiaire des vaisseaux. C'est ce que nous explique l'aspect si différent des deux lobes : à droite, masse carcinomateuse, volumineuse, ramollie, dont la consistance rappelle l'encéphaloïde ; à gauche, au contraire, nodules blancs et petites tumeurs offrant l'aspect du cancer secondaire.

2° Il existait une thrombose de la veine porte et l'ascite était très-peu développée : M. Rendu, pendant son internat à Saint-Louis, avait déjà observé un cas analogue qu'il a présenté à la Société anatomique.

---

*Séance du 14 juin.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**6. Mal de Pott. — Scrofule des vieillards; par M. QUENU.**

P. M..., blanchisseuse, n° 18, salle Ste-Geneviève, est âgée de 72 ans, et paralysée des deux membres inférieurs. Ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires sont excellents, elle n'a fait aucune maladie, les trois enfants qu'elle a eus sont tous vivants, et ses parents sont morts vieux (60 et 73). Sa maladie a commencé, il y a 7 mois, par des douleurs dans le dos, puis peu après est survenue une déviation de la colonne vertébrale; la faiblesse des jambes s'est accentuée surtout depuis 4 mois; à cette époque sont apparues, pour la première fois, des douleurs dans les jambes et des élancements, la privant quelquefois de sommeil pendant plusieurs nuits; en même temps la paralysie a progressé rapidement et a condamné la malade à l'immobilité absolue.

Actuellement, 4<sup>er</sup> mai, P... a une paraplégie complète du mouvement; la sensibilité qui persiste en certains endroits, est complètement anéantie dans la plus grande partie des membres inférieurs, les mouvements réflexes sont exagérés, la vessie et le rectum sont complètement paralysés. Il existe une eschare peu profonde à la région sacrée et au talon droit; les membres inférieurs sont considérablement œdématisés.

La malade ressent encore des douleurs dans les deux jambes; leur intensité est toutefois moins grande que les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital; elle accuse, en outre, des fourmillements et une sensation de froid dans les pieds. La colonne vertébrale vers la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> dorsale est fortement incurvée, et 3 ou 4 vertèbres semblent prendre part à cette déformation.

P... a maigri beaucoup depuis 4 mois, elle a un teint jaunepaille, qu'elle n'avait pas, prétend-elle, avant sa maladie. M. Desnos avait diagnostiqué d'abord une carie vertébrale due peut-être à la scrofule qu'on observe quelquefois chez les vieillards. Mais plus tard, la persistance des douleurs dans les membres paralysés, la courbure à grand rayon de la colonne vertébrale, l'âge, l'amaigrissement rapide et le teint,

nous avaient fait penser à un cancer du rachis. La malade meurt le 2 juin.

**AUTOPSIE.** La cavité rachidienne ouverte et la moelle enlevée, nous constatons que le corps vertébral de la 4<sup>e</sup> dorsale est en grande partie détruit; il n'existe plus de traces du ligament vertébral postérieur, de sorte qu'il y a entre la 3<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> dorsales, une cavité anfractueuse à laquelle le ligament vertébral antérieur et la plèvre épaissie, forment paroi en avant, tandis que le contenu caséeux vient en arrière se mettre en contact direct avec la dure-mère. Rien dans les autres corps vertébraux. Au niveau du foyer, la dure-mère est recouverte à sa face antérieure d'une plaque jaunâtre, caséuse; en incisant les méninges par la face antérieure, nous pouvons remarquer que les racines rachidiennes sont comprises dans la masse caséuse; nulle part trace de tubercule.

*Poumon* sans tubercules. A la valvule mitrale, un peu d'endocardite; pas de thromboses dans les veines des membres inférieurs.

Nous nous sommes assurés, après enlèvement de la moelle, que celle-ci ne pouvait pas être comprimée par une portion d'os, au niveau de la déviation. Nous retrouvons donc encore comme dans une dernière présentation, la vérification des faits établis par Michaud, et sur lesquels M. Charcot insiste. De plus un autre motif, notre erreur de diagnostic, nous a engagé à présenter ces pièces; l'examen de celles-ci nous explique parfaitement la cause de notre paraplégie douloureuse, à savoir l'irritation des racines postérieures par la matière caséuse au milieu de laquelle elles sont comprises. L'abolition de la sensibilité résulte probablement d'une myélite transverse secondaire, elle a été, du reste, un phénomène tardif.

**7. Tuberculose pulmonaire. — Lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes. — Péritonite chronique simple;**  
par, Maurice LETULLE.

V... Jeanne, 20 ans, était entrée dans le service du docteur CONSTANTIN PAUL, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuberculose pulmonaire arrivée à la période cavitair. Depuis quatre mois ses règles se sont arrêtées, mais elle n'a jamais ressenti dans aucune partie de l'abdomen la plus légère douleur. Elle est malade depuis un an. Les forces de la malade s'épuisent rapidement, l'amaigrissement devient extrême; les cavernes se multiplient dans la moitié supérieure des deux

poumons. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, arrivée au terme d'une cachexie profonde, V... meurt le 10 juin.

A l'autopsie les poumons sont creusés de cavernes nombreuses entourées d'îlots de tubercules plus ou moins confluent. L'abdomen présente des lésions intéressantes dont les plus remarquables sont les suivantes : La cavité péritonéale dans toute son étendue est cloisonnée par des adhérences anciennes, très-solides, lamelleuses, manifestement vasculaires sur un grand nombre de points. C'est surtout autour du foie, de la rate, et au milieu des anses intestinales que ces adhérences péritonéales sont le plus solides ; on laisse même une certaine quantité de parenchyme hépatique adhérent aux néo-membranes sous diaphragmatiques.

La cavité pelvienne est presque libre d'adhérences, sauf au pourtour des deux ovaires et de l'extrémité libre des trompes qui sont accolées aux parois pelviennes dans le voisinage du détroit supérieur. Il est important de noter ici *qu'il n'existe aucun tubercule dans le péritoine* non plus que dans les néo-membranes, sauf en un point : On trouve dans l'épaisseur du méso-cœcum deux granulations tuberculeuses grises, grosses comme une tête d'épingle. Cette intégrité de la séreuse péritonéale au point de vue de la tuberculose était d'autant plus curieuse que nous découvrions en même temps des altérations tuberculeuses très-avancées de l'utérus et des trompes. La trompe droite est épaisse et dure ; mais ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument comme aspect et comme consistance un canal déférent, envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse.

Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en un tube rigide d'un gris blanchâtre ; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. La trompe gauche, au contraire, offre un aspect bien différent. Elle est déformée par deux bosselures jaunâtres, arrondies, lisses, du volume d'une petite noisette, manifestement fluctuantes. En effet, à l'incision du canal, on voit le contenu des deux tumeurs s'échapper sous forme d'un liquide purulent très-épais, jaune blanchâtre, grumeleux.

Ces deux abcès tuberculeux vidés, on aperçoit leurs parois qui sont extrêmement minces, formées en grande partie par le péritoine. Il est bon de remarquer qu'il n'existe pas d'adhérences péritonitiques au niveau des deux trompes.

L'utérus était encore plus altéré. Au niveau de l'angle supérieur et gauche, au point même d'abouchement de la trompe dans le corps utérin, on aperçoit une énorme tumeur, atteignant le volume d'une grosse noix, cette tumeur recouverte

encore par une certaine épaisseur de fibres utérines est arrondie, très-lisse, largement fluctuante. Cet abcès caséeux de l'utérus ne communique aucunement, en apparence du moins, avec la trompe, non plus qu'avec la cavité utérine. En effet, après ouverture de cette cavité, on ne peut par des pressions énergiques faire sourdre le pus contenu dans l'abcès. — La cavité utérine est profondément atteinte. La plus grande étendue de la muqueuse du corps utérin a disparu, détruite par une ulcération grisâtre superficielle, déchiquetée sur son bord qui s'arrête assez exactement au niveau de l'union du corps avec le col. Cette ulcération de profondeur inégale, suivant les points, est recouverte par un muco-pus jaune verdâtre visqueux, très-cohérent, dans lequel l'examen microscopique ne fait reconnaître qu'un grand nombre de leucocytes granuleux accumulés souvent en amas épais et quelque hématies.

Le col est arrondi, petit; l'orifice inférieur est très-petit, rond, mais une érosion très-superficielle rosée, granuleuse, large de 3 millimètres environ, le borde inférieurement. La muqueuse vaginale est intacte, l'hymen imperforé; les ovaires sont sains. Quelques granulations tuberculeuses dans les deux reins.

RÉFLEXIONS.—1<sup>o</sup> Nous croyons pouvoir faire remarquer l'intérêt de cette observation au point de vue de la péritonite chronique simple chez une femme tuberculeuse avancée. Le péritoine a dû être anciennement atteint, dans l'enfance peut-être, d'une inflammation franche aiguë, dont nous avons pu constater les traces. D'où nous tirerons la conclusion qu'une péritonite chronique simple peut exister chez un tuberculeux.

2<sup>o</sup> Chez une fille vierge, la tuberculose peut se localiser sur les organes génitaux et y produire des désordres étendus à l'insu de la malade. L'aménorrhée peut persister malgré toutes les causes d'irritation existant au niveau de l'utérus malade et de ses annexes.

#### **8. Sur les lésions artérielles dans les traumatismes.**

(Rapport sur la candidature de *M. Kirmisson*); par H. DURBT, aide d'anatomie de la Faculté.

L'étude des lésions des vaisseaux et des nerfs, à la suite des traumatismes des membres, est un point de pathologie chirurgicale encore entouré d'obscurités.

En particulier, pour les artères, on a admis un type uniforme de lésions des tuniques, qui paraît devoir conserver à



lui seul, avec ténacité, le privilège de rester classique. On dit que les tuniques moyenne et interne du vaisseau se recroquevillent à l'intérieur de celui-ci et en obturent la lumière, tandis que la tunique externe s'effile et se déchire beaucoup plus loin. Sur les tuniques internes recroquevillées se forme un caillot, qui descend parfois jusque dans la tunique externe, et y présente un renflement ; de manière, à simuler un clou sanguin, selon l'expression pittoresque de J. L. Petit, clou dont la pointe serait interne, et la tête à l'extérieur. Ainsi aurait lieu l'hémostase primitive dans le bout *supérieur* : on ne parle jamais des lésions du bout inférieur et de la manière dont ses tuniques se comportent.

Or, les faits ne se passent pas toujours aussi simplement. La description classique, telle que nous venons de l'exposer, ne correspond exactement qu'aux plaies par arrachement, et surtout à celles qu'on peut produire expérimentalement en étirant les tuniques artérielles.

En observation clinique, on est bien plus fréquemment en présence d'écrasements des membres tels que ceux qui sont produits par un corps pesant, par une pierre, une roue de voiture ou de wagon. Alors les lésions des tuniques artérielles offrent un aspect différent. Les deux tuniques internes sont contuses dans une certaine étendue et ne se recroquevillent pas.

*La tunique externe s'évide tantôt sur le bout supérieur, tantôt sur le bout inférieur.*

On comprend toute l'importance de ces notions pathologiques pour l'explication du mode de production et d'apparition des hémorrhagies primitives et secondaires, à la suite des traumatismes des membres.

Déjà, pour notre compte, nous avons sur ce point spécial appelé l'attention de la Société anatomique, dans une communication. (Mai 1875, p. 317). M. Chuquet, interne de M. Verneuil, qui depuis longtemps inspire à ses élèves des recherches sur ce point de pathologie, a récemment publié une observation du même genre, dans nos *Bulletins*.

C'est pour ces motifs que nous avons choisi pour en faire l'objet de notre rapport, une observation très-remarquable de M. Kirmisson, notre collègue, où les lésions des vaisseaux et des nerfs dans un écrasement de la cuisse, ont été étudiés avec le soin et la compétence qu'il possède pour les recherches anatomiques.

Un excellent dessin de M. P. Richer est annexé à cette observation.

**9. Écrasement de la cuisse droite. — Rupture de l'artère et de la veine fémorales. — Anévrysme diffus primitif. — Amputation de la cuisse. — Examen des vaisseaux rompus ;**  
par M. KIRMISSON.

Le nommé Roger Henri, âgé de 53 ans, est entré à la Pitié, dans le service de M. VERNEUIL, le 26 décembre 1877, pour un traumatisme de la cuisse droite. L'accident est arrivé le 29 novembre. Le malade qui est charretier, marchait au côté droit de sa charrette trainée par deux chevaux et lourdement chargée. Tout d'un coup, son pied droit a tourné, et il est tombé. Menacé de voir la voiture lui passer sur le corps, il s'est glissé dessous à plat ventre ; mais le membre inférieur droit est resté en arrière, et la roue de la charrette a passé sur la partie postérieure de la cuisse. Le malade a pu se relever et faire quelques pas ; puis, on l'a porté chez lui. Dès le moment où on l'a déshabillé, on a remarqué un gonflement énorme du membre, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au cou-de-pied ; le pied lui-même était intact. Des applications de sangsues furent faites à deux reprises différentes pendant les jours suivants ; mais le volume du membre ne diminua pas sensiblement. Quinze jours après l'accident, les douleurs devinrent plus vives ; la flexion de la jambe était impossible. Le malade avait la sensation d'une corde tendue dans le jarret. M. le Dr Bastien, qui fut appelé à ce moment, reconnut l'existence d'un anévrysme et un commencement de sphacèle du pied ; il y avait, de plus, une insensibilité complète de la jambe du côté malade.

Quand cet homme vient à la Pitié, la gangrène, de forme sèche, occupe les orteils, la moitié antérieure de la face dorsale du métatarse, et toute la région plantaire. La sensibilité existe à la jambe, mais beaucoup plus faible que du côté sain. A la partie inférieure de la cuisse, il existe une tumeur arrondie, régulière, lisse, rénitente en certains points, beaucoup plus marquée au côté interne qu'en arrière et en dehors. Cette tumeur offre un mouvement d'expansion peu prononcé. Les battements ne sont pas non plus très-énergiques ; ils sont perceptibles dans toute la moitié inférieure de la cuisse, mais leur maximum existe au côté interne. Le souffle est très-nettement intermittent ; il est doux, pas très-intense, ne se propage pas au loin : il a son maximum au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Il existe un œdème et une induration très-prononcés de tout le membre. Le genou est douloureux ; en pressant sur la rotule, on provoque une vive sensibilité. En un point situé au côté interne de la cuisse, il y a une

fluctuation très-évidente ; de plus, toute la tumeur présente une coloration rouge diffuse.

La douleur du genou faisait craindre une communication de l'articulation avec la tumeur anévrysmale, et le développement d'une arthrite aiguë. L'inflammation du foyer sanguin révélée par la marche ascensionnelle de la température qui le 29 décembre, au soir, atteignait 39°,2 ; l'amincissement de plus en plus marqué de la peau au côté interne de la cuisse, l'extension de la gangrène, tout commandait une prompte intervention.

Mais ici, les méthodes de traitement habituelles, telles que la compression et la ligature, ne pouvaient être employées. Elles exposaient à faire progresser encore la gangrène. Auss M. Verneuil se décida-t-il pour l'amputation de la cuisse au tiers supérieur qui fut pratiquée le 2 janvier.

Immédiatement après l'amputation, nous commençâmes la dissection du membre. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés d'une grande abondance de sérosité sanguinolente. Au côté interne du genou, dans le point qui présentait une fluctuation si manifeste, la peau est très-amincie, et le caillot sanguin faisant hernie en dehors de la poche anévrysmale, est immédiatement en contact avec sa face profonde. Les veines superficielles sont très-développées ; les muscles jumeaux pâles, augmentés de volume, çà et là infiltrés de sang, comme tous les muscles de la jambe. Le nerf sciatique est rouge et infiltré dans le point où il rampe à la surface externe de la tumeur.

La poche anévrysmale elle-même présente le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle proémine surtout au côté interne de la cuisse, mais elle gagne aussi le creux poplité et le côté externe du membre. Dans ce dernier point, elle est limitée par le vaste externe, mais sa limite est vague ; elle se perd peu à peu dans le tissu cellulaire voisin. Il n'existe pas encore, à proprement parler, de sac anévrysmal bien constitué. En bas, la tumeur gagne la partie inférieure du creux poplité au dessous des insertions supérieures du jumeau interne. Supérieurement, la poche se termine en pointe, et sa limite, très-nette de ce côté, est constituée par les fibres musculaires du grand adducteur, qui, très-distendu, enveloppe la plus grande partie de la poche. Du côté interne, le sac est ouvert en deux points. D'abord, sur le bord antérieur du muscle droit interne, par là s'échappe une masse fibrineuse qui vient se mettre directement en contact avec la face profonde de la peau très-amincie, comme nous l'avons déjà signalé. La seconde perforation existe au niveau des insertions charnues du grand adducteur au fémur, au-dessous du tendon du même muscle.

Par cette perforation s'échappe une volumineuse masse fibrineuse, qui, sous forme de champignon, fait hernie au-dessous du vaste interne du triceps. Le contenu de la poche est formé en très-grande partie de caillots cruoriques, entremêlés çà et là de caillots fibrineux ; ces derniers deviennent beaucoup plus abondants au voisinage du bout supérieur de l'artère rompue où ils forment une masse cohérente.

Mais le point qui doit surtout nous arrêter dans cette description, c'est celui qui concerne l'état des vaisseaux du membre. L'artère et la veine fémorales sont complètement rompues. La rupture siège à 5 centimètres au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. Les vaisseaux rompus pénètrent de 4 centimètres dans l'intérieur de la poche par leur bout supérieur. Sur le bout inférieur, la rupture siège à 8 centimètres de l'interligne articulaire du genou. La veine est nettement sectionnée. Son bout supérieur est vide ; le bout inférieur est rempli en partie par un caillot adhérent. La section de l'artère est, au contraire, irrégulière. Le bout supérieur se termine par une section assez nette en avant, frangée et plus longue en arrière, de sorte que, dans son ensemble, il est taillé en biseau de haut en bas et d'avant en arrière. Le bout inférieur est effilé sur une grande étendue, formé en ce point par la tunique externe seule, sauf une parcelle de la tunique moyenne qui a été détachée. Il est oblitéré par un caillot en partie fibrineux, en partie cruorique et adhérent. Il existe un écartement considérable entre les bouts des vaisseaux divisés. Un excellent dessin que nous devons à notre collègue, M. Richer, et que nous joignons à notre observation, permet de bien saisir la disposition que nous décrivons ici.

L'observation que nous venons de rapporter nous semble importante à plus d'un titre. Mais, laissant de côté ce qui a trait à l'anévrysme lui-même et à la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par la complication de gangrène, nous voulons nous attacher à faire ressortir surtout l'intérêt que présentent ici les lésions vasculaires.

La rupture complète de la veine poplitée est une lésion fort rare. Nous tenons de notre maître, M. Verneuil, que c'est là le premier exemple qu'il en ait constaté *de visu*. Dans un cas, il a diagnostiqué cette rupture, à cause de la présence d'un énorme épanchement dans l'articulation du genou ; mais le malade ayant guéri, on n'a pas eu la confirmation du diagnostic. Le fait d'une rupture veineuse très-nette est digne de remarque ; mais il a été depuis longtemps signalé.

Nous le trouvons noté dans l'article *Veines* du Dictionnaire en 30 : « A la suite des contusions, dit l'auteur de l'article, il n'est pas rare de voir la veine coupée aussi nettement que si

elle eût été tranchée avec un couteau. » — Nous devons encore nous demander quelle part peut avoir eue la rupture complète de la veine principale du membre dans le développement de la gangrène. On sait combien les auteurs ont différé d'opinion à ce sujet. Les uns ont nié l'influence des blessures veineuses ; les autres l'ont admise, et ont prétendu que, pour éviter la gangrène, dans les blessures des veines, il fallait lier les artères. M. Verneuil pense que, chez les sujets en bon état, l'oblitération veineuse n'amène pas la gangrène. D'ailleurs, ici la circulation veineuse paraissait suffisamment établie par les veines collatérales. Nous avons noté sur la pièce a dilatation des veines superficielles, et déjà, pendant l'amputation, on avait été frappé par l'écoulement abondant de sang fourni par les veines sous-cutanées du membre. La gangrène doit donc être attribuée plutôt ici à la blessure artérielle. Sans doute, les artères collatérales étaient peu dilatées chez un homme déjà âgé, et présentant un certain degré d'athérome. En outre, l'énorme distension du membre a dû gêner encore la circulation collatérale. Peut-être aussi faut-il faire jouer un certain rôle à l'état de stupeur du membre qui s'est traduit par la perte absolue de la sensibilité, constatée par M. le Dr Bastien. Le nerf sciatique, avons-nous dit, était rouge et infiltré ; nous avons remis une partie de ce nerf à M. Gombaut pour l'examen histologique. Il n'y a pas constaté de lésion bien appréciable.

Quant à la rupture de l'artère, il existe ici une disposition très-remarquable, et que nous ne trouvons nulle part consignée dans les traités classiques. Dans les plaies d'artères par arrachement, nous dit-on, les tuniques interne et moyenne d'une part, la tunique externe d'autre part, sont rompues à un niveau différent ; cette dernière forme un tube effilé qui reste adhérent au bout cardiaque ; et, grâce aux inégalités qu'elle présente, il se produit à son niveau un caillot solide, adhérent, qui s'oppose aux hémorrhagies primitives. Sur le bout périphérique, au contraire, la tunique externe manque sur une certaine longueur. Il ne se fait pas de coagulum sur ce bout ; dès lors, pas d'hémostase solide ; aussi est-ce lui qui donne lieu le plus souvent aux hémorrhagies secondaires. — Mais ici les choses se passent tout différemment ; la tunique externe effilée est restée attenante au bout périphérique ; c'est lui qui renferme un caillot solide, ainsi que le montre la figure jointe à notre observation ; le bout cardiaque est vide, et dépouillé de sa tunique externe dans une certaine étendue.

Déjà, au début de l'année dernière, nous avions pu observer une disposition toute semblable à celle-ci dans un cas de rupture d'artère par écrasement. La pièce a été disséquée par

nous, et présentée par M. Chuquet à la Société anatomique, dans la séance du 20 avril 1877. Il s'agissait d'un homme qui avait eu le bras droit écrasé par un tampon de wagon. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée. A la dissection de la pièce, on constata que la tunique celluleuse manquait sur le bout supérieur, tandis que, sur le bout inférieur, elle formait un manchon celluleux assez long pour permettre le dépôt d'un caillot.

On comprend sans peine de quelle importance est cette disposition contraire aux descriptions classiques. Si, dans les cas habituels, l'anatomie pathologique nous explique l'absence d'hémorrhagie primitive, et la production facile des hémorrhagies secondaires, ici, il en sera tout autrement. L'oblitération du bout inférieur mettra obstacle à la production des hémorrhagies éloignées ; mais rien du côté du bout supérieur ne s'opposera à un écoulement primitif de sang abondant. Aussi est-ce bien ainsi que se sont passées les choses dans les deux cas que nous rapportons.

Chez notre malade à la rupture de l'artère fémorale, l'hémorrhagie primitive fut considérable, puisque immédiatement le membre prit un très-grand volume.

Chez le jeune homme à l'écrasement du bras, la perte de sang fut primitivement si grande qu'on dut appliquer un tube d'Esmarch à la base du membre, en attendant qu'on pût pratiquer la désarticulation de l'épaule.

Ce fait d'anatomie pathologique nous rend compte des différences existant entre les plaies artérielles, au point de vue des hémorrhagies, tant primitives que consécutives. Il nous montre, en outre, combien il est nécessaire, dans l'étude des lésions artérielles, de porter son attention, aussi bien sur le bout périphérique que sur le bout cardiaque des vaisseaux rompus. C'est enfin une preuve en faveur de la nécessité qu'il y a d'établir une classe à part pour les plaies d'artères par écrasement, et de ne pas leur appliquer sans réserves tout ce que l'expérience nous a appris au sujet des plaies par arrachement de ces mêmes vaisseaux.

**10. Abscès de presque tout le lobe moyen du poumon droit**  
**Pneumonie interstitielle du lobe inférieur. Expectoration**  
**gangréneuse ; par le Dr GOUGUENHEIM, médecin des hôpitaux.**

H... âgé de 61 ans, entré à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Marthe, n° 17, le 25 avril 1878. Cet homme est malade depuis six semaines seulement, antérieurement sa santé a toujours été bonne, et il n'avait jamais souffert d'une affection thoracique quelconque. Au début de sa maladie, il eut un

point de côté, du frisson et de la fièvre, et il était permis de rapporter ces quelques symptômes à l'existence d'une pneumonie franche. Cette affection parut s'amender peu de temps après, mais il se plaignit toujours d'un point de côté à droite et ses forces au lieu d'augmenter diminuèrent sensiblement. Il perdit l'appétit et maigrit. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, la dyspnée augmenta ainsi que la faiblesse et l'expectoration prit un caractère de fétidité de plus en plus prononcé. A son entrée, nous constatons une dyspnée telle que le malade est obligé de rester assis, dans son lit. Le pouls est accéléré, petit et dépressible. La température variable de 38 à 39° tout au plus, s'élève légèrement dans la soirée. La peau est sèche, l'appétit est nul, et la langue d'une sécheresse remarquable ; la soif est assez vive. L'expectoration très-abondante, est compacte, grisâtre et excessivement fétide.

A la percussion, nous constatons de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Les vibrations thoraciques sont conservées. A l'auscultation nous entendons, au dessous de l'épine de l'omoplate, et jusqu'au niveau de l'angle de cet os, un souffle amphoïque, excessivement étendu. Pas de succession hippocratique; à la base, on entend un souffle légèrement tubaire et peu prononcé. Les deux sommets sont parfaitement sains. L'auscultation du côté gauche ne présente rien qui attire notre attention. Le bruit respiratoire paraît à peu près normal. Je prescrivis une potion à l'extrait de quinquina (4 grammes), légèrement alcoolisée et phéniquée, ainsi que l'application de ventouses sèches à la base de la poitrine.

Le diagnostic fut longuement discuté, après élimination de la tuberculose et de la dilatation chronique des bronches, en raison de la marche de la maladie, je repoussai ensuite l'idée d'un kyste hydatique; j'admis, malgré l'excessive rareté de cette lésion, l'existence d'un abcès consécutif à une pneumonie aiguë. J'en fondais, surtout sur la chronologie des accidents et l'absence de toute bronchite antérieure. La gangrène me sembla plutôt être consécutive que primitive dans ce cas, car les symptômes de fétidité se développèrent fort longtemps après le début de la maladie, et la cavité dont nous constatons l'existence nous paraissait, malgré son étendue n'avoir pas été le résultat d'une élimination gangréneuse : la fétidité, s'était montrée trop tardivement.

Du reste les symptômes aussi s'amendèrent rapidement, le pouls se releva, l'appétit revint, la dyspnée fut moins intense, et je pensai que le malade triompherait de ces accidents, lorsque 24 heures avant sa mort la dyspnée augmenta et il succomba dans un état de prostration excessif.

AUTOPSIE. — Poumon droit. Sommet intact, pas de granula-

tions tuberculeuses, anciennes ou récentes, le lobe moyen n'existe plus; à sa place se trouve une poche immense, d'où s'écoule un liquide purulent et fétide très-abondant; à la partie supérieure, les parois de cette poche sont aussi épaissies, et semblent creusées dans le parenchyme de l'organe, très-aufractueux à ce niveau; les parois de cette poche, à la partie inférieure sont constituées par la plèvre très-épaissie et la face interne est lisse et à peine tomenteuse. Le lobe inférieur est induré, rougeâtre, il est manifestement le siège d'une pneumonie chronique interstitielle.

Le poumon gauche est à peu près sain, il est légèrement congestionné. Rien aux autres organes.

*Examen microscopique par F. Balzer.* — Durcissement dans alcool, gomme, alcool, coloration par le picro-carminiate d'ammoniaque. La coque pleurale est formée par les deux feuillets pariétal et viscéral adossés: elle est extrêmement épaisse, constituée par de larges faisceaux de tissu conjonctif dans lesquels rampent de gros vaisseaux. Cette disposition se retrouve à la fois au niveau de la portion hépatisée du poumon, et au niveau de l'énorme caverne. En ce point, une mince couche de tissu pulmonaire est restée adhérente à la plèvre, tissu pulmonaire d'abord difficile à reconnaître à cause du développement considérable qu'ont pris les parois des alvéoles envahies par la sclérose qui se continue avec celle de la plèvre. Cependant il existe en beaucoup de points, dans les espaces situés entre ces parois sclérosées, des exsudats vermiformes constitués par de la fibrine condensée, des éléments cellulaires en voie de désintégration granulo-graisseuse, et enfin des gouttelettes grasses libres.

Dans la partie indurée du poumon, les coupes montrent d'abord la sclérose de la plèvre et des alvéoles sous-pleurales semblable à celle que nous avons vue au niveau de la peau de la caverne. Cette sclérose des parois alvéolaires se continue dans l'épaisseur du parenchyme hépatisé, mais tout en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la plèvre. Elle ne se présente pas partout avec les mêmes caractères: tantôt l'épaississement est dû à l'adjonction de tissu conjonctif aux fibres élastiques encore parfaitement reconnaissables, tantôt celles-ci ont disparu, et la substitution du tissu conjonctif paraît absolue. Enfin, en différents points, les parois alvéolaires ont conservé leur épaisseur normale. Il existe, en outre, un certain degré d'épaississement des tuniques conjonctives des vaisseaux et des bronches, et des travées interlobulaires et interacinieuses. Mais il est à noter que cette sclérose est loin d'être comparable à celle des parois alvéolaires, et les bronches notamment ne sont pas déformées ni dilatées. Enfin, le



contenu des alvéoles est presque partout constitué par des réseaux de fibrine condensée dans le voisinage des parois, plus larges au centre où ils englobent de grandes cellules granuleuses. Ce contenu fibrineux est d'autant plus abondant et mieux conservé que les parois des alvéoles sont moins envahies par la sclérose. Dans les points où elles sont les plus épaisses, le contenu n'est plus guère formé que par des cellules granuleuses ou des gouttelettes de graisse libres. Nulle part n'existe la disposition caractéristique des exsudats autour des bronchioles qu'on observe dans les broncho-pneumonies. L'uniformité de la lésion dans toute l'étendue du lobule, l'intégrité des bronches, la sclérose des parois alvéolaires, tels sont les principaux caractères qui ont été observés et qu'on ne peut rapporter qu'à une pneumonie lobaire chronique avec symphyse pleurale, ne paraissant pas remonter à une date très-ancienne, vu l'état de conservation encore assez parfait des exsudats fibrineux.

**11. Pelvi-péritonite tuberculeuse chez une petite fille de 6 ans. — Tubercules des ovaires. — Métrite suppurée enkystée. — Méningite tuberculeuse ; par M. Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.**

T .., Marie, âgée de 6 ans, entrée le 17 avril 1878 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. TRIBOULET. — Cette petite fille, née et élevée à la campagne, n'habite Paris que depuis l'âge de trois ans ; elle a eu, à quatre ans, la rougeole et la coqueluche. La mère raconte qu'il y a quatre mois, l'enfant a été soignée pour une maladie que le médecin a regardée comme une inflammation de la vessie. Depuis lors, elle a continué à se plaindre du ventre, avec des alternatives de constipation et de diarrhée, de la fièvre le soir, un amaigrissement et dépérissement progressifs. Il y a trois semaines, elle est devenue plus triste, plus somnolente ; elle a accusé des maux de tête et elle toussait de temps en temps, avait perdu tout appétit. Avant hier, elle a eu un vomissement, qui s'est répété hier. Le médecin l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de méningite tuberculeuse. L'enfant a le faciès triste et renfrogné ; les chairs sont flasques et amaigries. Elle répond encore assez volontiers quand on lui parle, et se plaint d'avoir mal à la tête. Pas de strabisme ; un peu de fixité du regard par moment. Pas de troubles moteurs ni sensitifs. Petite toux sèche, peu fréquente. Respiration soufflante dans les deux fosses sus-épineuses. Langue blanche, ventre plat, flasque, un peu douloureux partout ; pas de selle depuis son

entrée. Pouls lent à 62 pulsations ; irrégularités très-marquées. T. R. 37°,2.

18 avril. — Même état. Un vomissement ce matin. Somnolence dans la journée. T. M. 38°; pouls, 64. — T. S. 38°,4; pouls, 76.

19. — Assoupissement entrecoupé de gémissements et de cris aigus. Rougeur vive de la face. L'enfant a encore sa connaissance, et quand on lui demande pourquoi elle pleure, elle répond que c'est parce que la tête lui fait mal. — T. M. 38°,6; pouls, 80. — T. S. 39°,2; pouls, 86.

20. — Ce matin, le côté gauche de la face, la joue et les lèvres restent flasques, sans contraction, quand l'enfant pleure ou crie; la commissure droite est légèrement déviée. Pas de paralysie des membres. — T. M. 38°,4; pouls, 80. — T. S. 39°; pouls, 82.

21. — Torpeur demi-comateuse; yeux vagues, sans regard, à demi entr'ouverts; pas de strabisme. Pupilles égales sans dilatation. — T. M. 38°,2; pouls, 80. — T. S. 39°,2; pouls, 96.

22. — La torpeur est plus profonde aujourd'hui. Pas de paralysie, ni de contracture des membres. La bouche est un peu tirée à droite. Nystagmus à oscillations lentes; pupilles égales. Alternatives de pâleur et de rougeur vive de la face. La déglutition est gênée; quand on verse du lait dans la bouche de l'enfant, tantôt elle ne fait aucun mouvement pour l'avalier et le liquide s'écoule par les côtés de la bouche; tantôt le mouvement de déglutition a lieu, et alors une partie du liquide tombe dans le larynx et détermine une quinte de toux. — Le pouls devient fréquent et petit. — T. M. 38°,6; pouls, 112. — T. S. 39°,2; pouls, 112.

23. — Convulsions généralisées qui ont duré une partie de la nuit, le matin, coma absolu; résolution générale. Les pupilles sont dilatées, la gauche plus que la droite; la conjonctive droite est injectée, rouge. Les joues sont violacées; les extrémités refroidies. Pouls insensible, filiformes. — T. M. 40°,6. — Mort une heure après la visite.

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. — *Crâne*. — A l'incision de la dure-mère, écoulement d'une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les veines de la pie-mère sont gorgées de sang noir. Injection vive des méninges sur les lobes postérieurs. Infiltration oedémateuse des parties antérieures et moyennes. Pas d'adhérences de la pie-mère qui s'enlève facilement sans entraîner de substance cérébrale. Granulation de Pacchioni très-abondantes tout le long de la scissure inter-hémisphérique. Il n'y a pas trace d'exsudat, ni de granulation tuberculeuse visible à l'œil nu, à la base de l'en-

céphale, au niveau du chiasma, de l'hexagone ou de la protubérance. C'est seulement sur les parties latérales de la base des hémisphères que l'on voit une infiltration purulente, verdâtre, presque concrète, semée de tubercules grisâtres, et surtout le long des cérébrales moyennes, dans les scissures de Sylvius, dont les lèvres sont adhérentes et ne se séparent qu'avec désagrégation de la substance cérébrale. Exsudats analogues au niveau de la partie antérieure du vermis superior; tubercules disséminés le long des vaisseaux de la face interne des deux hémisphères cérébraux. Les ventricules latéraux sont un peu dilatés, leurs parois ramollies, la substance blanche ambiante se désagrège sous un filet d'eau. Les noyaux, la protubérance, le bulbe, le cervelet, sont de couleur et de consistance normales à la coupe.

*Thorax.* — Adhérences celluleuses de la plèvre aux deux sommets. Les deux lobes supérieurs, dans leur moitié postérieure, sont le siège d'une induration grisâtre semée de petits nodules caséeux et de granulations miliaires. A droite, au milieu des parties indurées, on trouve une petite caverne pouvant loger une noisette. Congestion hypostatique des bords postérieurs. Dans l'épaisseur du lobe inférieur droit noyau de pneumonie noirâtre, de la grosseur d'une noix, piqué de grains caséeux, jaunâtres. Granulations grises, dures, disséminées dans toute l'étendue des deux poumons. Les ganglions bronchiques sont noirâtres, ramollis, assez volumineux. Aucun n'est caséeux. Un peu de sérosité dans le péricarde. Caillot fibrino-cruorique dans l'oreillette droite. Caillots cruoriques dans le cœur gauche. Pas de lésion valvulaire.

*Abdomen.* — *Foie* violacé; deux tubercules jaunes, gros comme des lentilles, à la face convexe. — *Rate*, un peu molle; pas de tubercules. — *Reins*, mous, décolorés, la capsule s'enlève facilement. La substance corticale apparaît pâle, grisâtre, semée de rares étoiles veineuses. La vessie est saine. L'estomac est vide, ratatiné; la muqueuse de coloration grisâtre. Vu par sa face externe, l'intestin grêle est tacheté de distance en distance de plaques ovalaires, de couleur violacée. L'intestin ouvert, on voit que ces taches correspondent aux plaques de Peyer qui sont toutes, sans exception, le siège d'ulcérations déchiquetées, à bords irréguliers, saillants, plus ou moins profondes, d'un rouge grisâtre, les unes occupant toutes les plaques, les autres limitées à une moitié ou à un quart de son étendue. Les follicules isolés ne sont pas apparents; le reste de la muqueuse intestinale est de couleur gris-cendré, normale, sans injection. Dans le cæcum on trouve une seule ulcération, tout à fait semblable à celles de l'intestin grêle, ovalaire, ayant à peu près les dimensions d'une aman-

de. La muqueuse cœcale est ardoisée ; le reste du gros intestin est semé d'arborisations et de larges plaques vasculaires. Les ganglions mésentériques sont assez volumineux, d'un rouge violacé, un peu ramollis. La partie abdominale du *péritoine* est absolument saine, ne présente ni injections, ni adhérences, ni granulations. Mais au niveau du détroit supérieur, deux anses de l'intestin grêle sont réunies par des adhérences celluluses, peu résistantes d'ailleurs, à l'os iliaque et à la vessie. Ces anses enlevées, on tombe dans une cavité remplie de pus, limité en avant par la vessie, l'utérus et les ligaments larges, latéralement par les parois de l'excavation pelvienne, en arrière par le rectum, en haut par les anses de l'intestin grêle qui forment comme un couvercle, toutes ces parties sont recouvertes d'exsudats plus ou moins épais, jaunâtres, grisâtres. Il n'existe aucune perforation ni du rectum ni de l'intestin grêle qui puisse expliquer la formation de cette péritonite purulente. C'est dans les organes génitaux qu'il faut en chercher l'origine. L'*utérus*, en effet, forme une poche arrondie, fluctuante, à parois très-minces, de la grosseur d'une noix. Cette poche est constituée par la dilatation du corps et d'une grande partie du col qui est réduit à un petit tubercule de quelques millimètres d'épaisseur. L'orifice du col est oblitéré ; car en pressant sur la poche on ne voit pas le contenu s'écouler par la partie inférieure. L'utérus incisé, la cavité est trouvée remplie d'un pus fluide, très-visqueux, d'un vert clair. La muqueuse utérine est pâle, nullement injectée ; on n'y voit pas à l'œil nu de granulations tuberculeuses. Les *trompes* sont oblitérées. Les deux *ovaires* sont de la grosseur d'une amande, indurés, bosselés ; à la loupe ils sont infiltrés de matière jaunâtre, caséeuse.

REMARQUES. — Trois faits méritent d'être relevés dans cette observation : — 1° la marche classique de la température et du pouls, qui est loin d'être constante dans la méningite tuberculeuse ; 2° les ulcérations intestinales localisées aux plaques de Peyer, forme de tuberculose de l'intestin qui n'est pas rare chez l'enfant, mais qui est remarquable ici par son extrême généralisation ; 3° l'état des organes génitaux et du péritoine du petit bassin.

La tuberculisation de l'appareil utérin au-dessous de quatorze à quinze ans, n'est pas une lésion commune. M. Brouardel n'en a trouvé que huit cas sur les 56 malades dont il a analysé les observations. Dans notre cas les tubercules paraissent localisés aux ovaires qui avaient subi une transformation caséeuse complète. La lésion de l'utérus semblait de nature différente ; il n'existait pas de granulation apparente à l'œil nu ; la matière contenue dans la cavité utérine, était non

de la matière caséuse mais du muco-pus liquide, visqueux, enkysté après oblitération de l'orifice du col. Hutchinson, qui a rapporté un cas identique de dilatation purulente de l'utérus chez une petite fille phthisique de quinze ans (*Path. soc. of London*, 1857, p. 269), considère cependant la matière renfermée dans l'utérus comme du tubercule ramolli mêlé à du mucus et à du pus.

Quant à la péritonite du petit bassin, elle peut être regardée comme vraisemblablement de même nature que la lésion des ovaires. La péritonite suppurée circonscrite a été signalée chez l'enfant soit à la partie supérieure de l'abdomen, entre le diaphragme et le foie, comme conséquence d'abcès hépatique (Habershon), à la face inférieure du foie par ulcération de la vésicule biliaire (Rilliet et Barthez), soit dans la fosse iliaque droite par perforation de l'appendice cœcal, soit enfin à la partie antérieure de l'abdomen avec tendance à s'ouvrir à l'ombilic. Ce sont les péritonites idiopathiques circonscrites décrites par le professeur Albers, de Bonn, et qui font le sujet de la thèse de M. Gauderon (th., Paris, 1876). Mais, aucun de ces auteurs ne parle de péritonite localisée au petit bassin; il n'en est pas fait mention non plus dans les diverses observations publiées comme exemples de tuberculisation de l'appareil génital chez la petite fille.

---

*Séance du 21 juin.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. LETOUSEY présente un volumineux calcul de la vessie (l'observation n'a pas été remise).

**12. Phénomènes typiques chez un malade atteint d'insuffisance aortique et d'abcès ganglionnaires du cou. Mort. Infarctus de la rate et des reins; par COSSY.**

F. Julien, 19 ans, garçon marchand de vins, entré à l'Hôtel Dieu le 25 mai 1878. Le malade qui, depuis longtemps se plaignait de palpitations, entre dans le service de M. Cusco pour

un abcès de la région sterno-mastoïdienne gauche ; cet abcès est ponctionné au moyen du thermo-cautère ; quelques jours après l'entrée du malade, on constate tous les signes d'une insuffisance aortique, caractérisée surtout par un souffle extrêmement fort au second temps et à la base du cœur ; pas de fièvre, l'abcès du cou paraît tout à fait en voie de guérison.

Dans les premiers jours de juin surviennent deux ou trois frissons assez violents, accompagnés d'élévation de la température et d'un état gastrique ; en même temps, le cou redevient douloureux au niveau de l'abcès, et M. Berger pratique une contre ouverture à quelques centimètres au-dessous de la première, par laquelle il s'écoule du pus.

Le 4 juin, la température est, le soir de 40° 8.

Le 5 juin, elle redescend légèrement (40° 4) pour remonter le 6 au soir à 41°. Le 7, matin 39°, soir 41. Le ventre n'est guère ballonné. On rattache cet état gastrique et cette fièvre à la poussée nouvelle du côté de l'abcès.

Les jours suivants la température reste élevée, comprise entre 40° et 40° 6 ; le ventre se ballonne, la diarrhée survient, et le malade passe dans le service de M. Hérard, le 11.

Le 11 au soir, la température est à 40° 4 ; le pouls 116 ; peau très-chaude, langue sèche, tremblante, délire, râles sous-crépitants nombreux dans les deux côtés de la poitrine ; diarrhée abondante, météorisme considérable ; quelques petites taches sur l'abdomen, rappelant de très-loin seulement les taches lenticulaires rosées ; céphalalgie modérée ; le malade raconte avoir saigné du nez les jours précédents, à l'auscultation, le souffle très-fort d'insuffisance aortique a complètement disparu ; dès le début de la fièvre du reste, il était allé s'effaçant peu à peu ; à part sa fréquence, le pouls est régulier, assez fort, et ne présente pas de caractères particuliers. Albuminurie. On diagnostique *fièvre typhoïde*, et l'on ne songe pas le moins du monde à une endocardite aiguë, vu l'absence de signes anormaux du côté du cœur, toutefois les battements de cet organe étaient sourds.

Le 12 juin, température, matin 39° 8, pouls 120 ; soir 43° 3 pouls 140.

Le délire a augmenté ; congestion pulmonaire très-intense état général très-mauvais, le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite le 14 juin, à 10 heures du matin, 30 heures après la mort. Le *péricarde* contient environ 50 grammes d'une sérosité louche et purulente ; à la surface interne de cette séreuse, on trouve quelques petites ecchymoses sous forme de points rouges ; à la partie antéro-inférieure du feuillet viscéral existe une fausse membrane très-blanche,

adhérente, la surface externe du cœur est plus congestionnée que normalement; peut-être y avait-il là une péricardite tout à fait au début.

Le cœur est très-volumineux, poids 600 grammes, hauteur 0,15 c. m., largeur 0,12 c. m. Au niveau de la partie inférieure du bord droit existe une petite élévation jaunâtre entourée par une zone rouge, offrant tous les caractères d'un infarctus. Les cavités droites sont normales, les valvules tricuspide et pulmonaire sont saines; le ventricule droit paraît légèrement dilaté, l'épaisseur de ses parois est de 3 mm. Le ventricule gauche présente une dilatation très-considérable; l'épaisseur de ses parois est de 13 mm. ses deux colonnes charnues sont très-volumineuses; l'orifice aortique est dilaté et insuffisant. Les valvules sigmoïdes présentent en leur milieu un épaississement très-marqué, mais elles ne présentent aucune trace de dégénérescence athéromateuse ou calcaire; dans la cavité du ventricule gauche se trouvait un caillot cylindrique, mou, brun-jaunâtre ne se prolongeant pas dans l'aorte. La surface interne du cœur, examinée avec beaucoup de soin, ne laisse voir aucune trace d'endocardite récente, qui puisse expliquer la production d'embolies; cependant il est probable que des embolies ont dû partir des valvules sigmoïdes. L'aorte ne renferme pas de caillots, et ne présente en aucun point de son étendue des traces d'athérome.

Les poumons sont congestionnés; au sommet droit, existe, un point de dégénérescence crétacée; pas de tubercules ni d'infarctus. Le volume, le poids et la coloration du foie sont normaux, la coupe ne fait découvrir aucune trace d'infarctus. Dans les reins, on trouve de nombreux infarctus, dans le gauche ils sont nombreux, mais de la grosseur d'une tête d'épingle; le rein droit, au contraire, présente à ses deux extrémités des infarctus considérables; ils font saillie à la surface du rein sous forme de légères élévations jaunes; à la coupe, ils se présentent sous forme de plaques jaunes environnées d'un cercle rougeâtre.

La rate présente au niveau de son extrémité inférieure des infarctus très-volumineux; les uns, à la première période: le tissu splénique est ramolli, de couleur presque noire; les autres, à la période de dégénérescence granulo-graisseuse.

L'intestin ne présente aucune trace d'inflammation ni d'ulcérations; aucune lésion qui puisse faire admettre une fièvre typhoïde. Pas d'engorgement des ganglions mésentériques; estomac normal, encéphale et méninges normaux.

Le foyer de l'abcès cervical n'existe plus; aucune trace de pus; les muscles voisins sont de coloration normale, les os voisins sont sains; pas de phlébite de voisinage.

*Réflexions.* Les particularités intéressantes que renferme cette observation sont les suivantes :

1° Les phénomènes typhiques très-marqués dus à la présence d'infarctus dans divers organes et ayant fait croire à une fièvre typhoïde.

2° L'origine probable, mais non évidente, des embolies. Le lieu d'origine de ces dernières ne paraît pas être l'abcès du cou, qui était parfaitement guéri, mais bien le cœur. — Quoique nous n'ayons pas trouvé de traces d'endocardite récente, malgré l'altération peu prononcée des valvules aortiques, la dilatation énorme et l'hypertrophie du ventricule gauche nous font penser que cet organe a été le point de départ des embolies. Y a-t-il eu une poussée d'endocardite aiguë sur les valvules épaissies ? Y a-t-il eu fragmentation d'un caillot formé dans le cœur sous une influence inconnue ? ; c'est ce que nous ne pouvons établir.

**13. Contusion de l'abdomen. — Déchirure légère du foie. — Rupture d'un kyste hydatique du rein. — Mort très-rapide ;**  
par MM. A. CHEVALLEREAU et E. GAUCHER, internes des hôpitaux.

La femme Elisa T... fut écrasée le dimanche matin 9 juin, vers 10 heures, par une machine-balayouse. La voiture passa sur le tronc. Amenée presque immédiatement à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. POLAILLON, cette femme est en pleine connaissance, elle se plaint seulement de ressentir une douleur assez violente dans le côté droit de la poitrine ; elle cause facilement avec ses voisins, mais vers midi, brusquement, elle cesse de parler, reste immobile, tombe dans le coma et c'est alors seulement qu'on vient nous prévenir à la salle de garde.

Quand nous arrivons auprès de la malade, nous la croyons d'abord morte et c'est au bout de quelques secondes seulement que nous voyons se produire un mouvement respiratoire brusque et rapide, et que nous percevons une contraction cardiaque ; il y a à peine 7 ou 8 pulsations et 2 ou 3 respirations par minute. Toute thérapeutique nous paraît inutile. Cette femme meurt une demi-heure après.

L'autopsie ne put être faite que le mercredi. Nulle part on ne trouve la moindre altération de la peau ; il y a de l'emphyse sous-cutané à la racine de la cuisse gauche, mais il n'y a trace de contusion en aucun point. Le ventre est très-ballonné ; on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané. En coupant les cartilages costaux pour ouvrir le thorax, nous entendons un sifflement dénotant la sortie de l'air de la cavité pleurale droite, ce qui peut faire supposer la



rupture de vésicules pulmonaires et de la plèvre viscérale de ce côté. Les poumons présentent de nombreuses adhérences, mais ils sont sains à la coupe. On ne trouve pas de liquide dans la plèvre. De même le péricarde et le cœur ne présentent aucune altération.

Dans la cavité abdominale il n'y a aucun épanchement de liquide, il n'y a aucune trace de péritonite; on trouve seulement de nombreuses ecchymoses sur l'épiploon gastro-hépatique, la face antérieure de l'estomac et sa grande courbure au voisinage du pylore, sur la partie moyenne du colon transverse à sa face antérieure, sur le rectum à sa partie supérieure, enfin dans le bassin, sur le péritoine pariétal, sur celui qui recouvre la vessie et dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus.

En retirant successivement avec beaucoup de soin tous les organes de l'abdomen, nous avons constaté que sur tout le tube digestif il n'y avait autre chose que les ecchymoses légères sous-péritonéales dont nous avons déjà parlé. Le pancréas, la rate, le rein droit n'avaient rien d'anormal. Le rein gauche et le foie présentaient seuls des altérations.

Dans le rein gauche on trouvait aux deux extrémités supérieure et inférieure un kyste hydatique; l'inférieur était absolument rempli de sang. Sur le foie, sain d'ailleurs, il y avait des ecchymoses légères à la face convexe; sur cette même face et au niveau du lobe droit, on voyait un petit kyste hydatique gros comme un œuf de pigeon. Sur la face inférieure de l'organe on trouve deux déchirures très-superficielles antéro-postérieures, l'une avec rupture de la tunique propre au niveau de la moitié postérieure du lobe gauche; l'autre sans rupture de cette tunique au niveau de la partie moyenne du sillon antéro-postérieur; dans cette dernière on trouve du sang ressemblant à de la gelée de groseille. Chacune de ces déchirures a environ 5 centimètres de long. On trouve en outre à la face inférieure et au niveau du côté droit, deux petits kystes hydatiques, à peine plus volumineux que celui de la face convexe. Le cerveau ne présente rien d'anormal.

La seule lésion sérieuse que présente cette femme; c'est donc cette double déchirure à la face inférieure de chacun des côtés du foie; cette déchirure n'avait même pas donné lieu à un épanchement de bile dans la cavité péritonéale, car nous n'en avons pas trouvé trace; il n'y avait même pas de coloration jaunâtre des viscères au voisinage du foie.

M. Martineau a signalé à la Société médicale des hôpitaux le cas d'un malade mort subitement après une simple ponction capillaire d'un kyste hydatique du foie; cet auteur attribue la mort à la paralysie réflexe du pneumogastrique. Peut-

être cette explication pourrait-elle s'appliquer au cas actuel; l'extrême lenteur du pouls et de la respiration quand nous sommes arrivés auprès de la malade donnerait à cette hypothèse quelque fondement.

Malgré cette rupture du foie et les nombreuses ecchymoses sous-péritonéales, il n'y avait aucune trace de contusion de la paroi abdominale elle-même. Cela suppose un relâchement complet des muscles de l'abdomen qui pouvait s'expliquer par la brusquerie de la chute et de l'accident; rien ne permettait de supposer, en effet, que cette femme fût ivre. Le siège de ces déchirures et leur direction antéro-postérieure pouvaient s'expliquer par le redressement de la courbure de la face concave du foie, sous le poids de la voiture-balayeuse passant transversalement.

Les cinq kystes du foie et des reins sont curieux par leur multiplicité; signalons de plus ce fait que le kyste de l'extrémité inférieure du rein gauche était plein de sang parfaitement conservé; les globules rouges y étaient encore aussi intacts que sur du sang frais. Le microscope permit de reconnaître dans tous ces kystes la structure ordinaire et la présence des crochets d'échinocoques.

**13 bis. Phlegmon de la partie postérieure du cou à la suite d'altération des côtes. — Pleurésie purulente; par MAYOT.**

D..., Marie, âgée de 48 ans, entre le 10 mai dans le service de M. LE DENTU à Saint-Antoine. Ses antécédents de famille sont les suivants : ses parents sont morts dans un âge avancé. Mariée, elle a eu 7 enfants ; l'un d'eux est mort de rougeole, un deuxième de convulsions pendant l'évolution dentaire, un troisième a été tué pendant la Commune. Les quatre autres sont actuellement bien portants. Elle-même n'a présenté dans son enfance aucun signe de scrofule. Réglée à 14 ans 1/2, elle l'était régulièrement jusqu'à l'époque de son mariage. Dès lors, comme elle nourrissait fort longtemps, ses règles ont été très-irrégulières. Depuis sa dernière couche, elles reviennent toutes les trois semaines. Jamais elle n'eut de suite de couches pathologiques. Elle est un peu impressionnable et dès sa jeunesse elle était sujette à des céphalalgies fréquentes. Habituellement bien portante, elle n'a fait qu'une maladie sérieuse. C'était en 1871; elle était à cette époque en Bretagne exposée fréquemment au froid. Pendant qu'elle nourrissait un enfant, elle fut prise alors d'œdème des jambes accompagnée d'augmentation considérable du volume de l'abdomen et de fièvre revenant chaque jour à 3 heures après-midi. Elle fut guérie, assez rapidement, par le sulfate de quinine.

Jamais elle n'a présenté] de phénomènes rhumatismaux ; et d'autre part, quoiqu'elle soit exposée par sa profession à l'intoxication mercurielle, elle n'a jamais éprouvé le moindre accident par ce fait.

Dans ces dernières années, elle s'était toujours fort bien portée, quoiqu'elle fut sujette à des névralgies faciales fréquentes et passagères. Aucun accident du côté des voies respiratoires, des organes de la circulation ou de la digestion. Jusqu'en ces derniers temps, elle n'avait jamais eu la moindre douleur dans le cou ni sur le trajet des nerfs cervicaux, trachéaux ou intercostaux. Elle n'a jamais non plus présenté le moindre symptôme d'affection médullaire. Depuis quelques temps, elle souffrait de douleurs vagues en divers points, sans altération de la santé générale, lorsqu'il y a quinze jours, au retour du lavoir, elle fut prise] de douleur intense dans l'épaule droite. Elle appliqua un vésicatoire qui ne la soulagea que peu. Dès lors, elle fut obligée de garder le lit ; cependant ce ne fut que trois ou quatre jours après qu'apparut la fièvre. Le cou augmenta de volume, surtout à droite, et depuis huit jours les mouvements de la tête, qui étaient simplement douloureux au début, sont devenus presque impossibles. C'est ce qui la décida à entrer à l'hôpital.

La tête est inclinée fortement en avant, et la face tournée un peu à gauche. Les mouvements spontanés sont impossibles ; les mouvements provoqués les moins étendus sont extrêmement douloureux. En arrière du cou et en dedans de l'omoplate droite se trouve un gonflement qui empiète un peu sur les régions voisines. Il remonte jusqu'à l'occiput, se porte jusqu'à gauche de la colonne vertébrale et jusque sur la partie postérieure de l'épaule droite. Il s'agit là d'un œdème inflammatoire, un peu dur, au-dessous duquel on perçoit en dedans de l'omoplate, une fluctuation vague et profonde. La peau est rosée au centre de la tuméfaction. Du côté du pharynx, on ne remarque rien d'anormal. Il n'y a jamais eu de difficulté dans la déglutition, ni dans la respiration, même jusqu'à ces derniers jours. *Abdomen.*— Rien d'anormal ; il y a un peu de constipation ; la vessie semble fonctionner normalement. Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume. *Cavité thoracique.*— Elle ne peut être explorée par la percussion et l'auscultation que dans la partie antérieure ; on constate qu'au niveau du poumon gauche, il y a un peu d'exagération de sonorité avec une inspiration rude, sans expiration prolongée, sans altération de la voix, et sans bruits anormaux. A droite, au contraire, dès le deuxième espace, on trouve une légère submatité qui s'accroît, à mesure que l'on descend, pour se confondre avec la matité hépatique. L'inspiration, un

peu soufflante dans le deuxième espace, devient nettement soufflante un peu plus bas. Le souffle est donc très-éloigné. Il s'accompagne de bruits secs, perceptibles aux deux temps, et semblables à de gros râles secs ou à des frottements. La voix, un peu éloignée, n'a pas changé de timbre. Les vibrations thoraciques ne sont pas absolument abolies, bien qu'elles soient très-faibles. Pour ce qui est du cœur, son premier bruit paraît un peu sourd à la pointe ; il présente même une légère tendance au souffle. Mais ce phénomène n'est perceptible qu'au foyer de la mitrale. Sur la face antérieure et à la base, rien d'anormal. Du reste, l'étendue de la matité cardiaque est normale.

**11 mai.** On ouvre l'abcès au point qui paraît le plus saillant, c'est-à-dire en dedans de l'omoplate, un peu au-dessus de l'épine. Il s'écoule une grande quantité de pus, bien lié, sans odeur particulière. On introduit un drain dans la plaie. Il se dirige vers la partie supérieure de la collection, et pénètre d'au moins 8 centimètres. Par ce drain, on fait des lavages à l'eau alcoolisée. Cataplasme.

**13 mai.** Apparition d'un érysipèle autour de la plaie.

**18 mai.** L'érysipèle gagne symétriquement les deux bras

Le pus s'écoule facilement et en assez grande abondance. Mais on remarque que, pendant les inspirations un peu fortes, il pénètre de l'air dans la plaie.

**21 mai.** L'érysipèle est apparu hier soir sur le front. Aujourd'hui, il descend jusqu'aux sourcils. Le pus prend une odeur infecte. A chaque inspiration, l'air est aspiré dans le foyer. L'état général n'est cependant pas très-mauvais, bien que la fièvre continue depuis le début de l'érysipèle. — Chlorure de chaux 2 grammes en potion. (M. 38°, 2. — S. 38°.)

**22 mai.** Amélioration notable. L'érysipèle pâlit. Langue humide, bonne. (M. 37. — S. 38°, 2.)

**23 mai.** La malade se plaignant de nausées, on interrompt l'administration de la potion. (M. 37°, 4. — Soir, légère élévation de la température, 38,6.)

**25 mai.** Bien que l'érysipèle ait absolument disparu, la température a continué à s'élever. Le pus, qui s'échappe par le drain, a toujours une mauvaise odeur. (S. 38,4.)

**27 mai.** 2 grammes de chlorure de chaux. (S. 39.)

**28 mai.** La température a baissé. (M. 37,2. — S. 37,8.)

**30 mai.** On supprime le chlorure de chaux.

**5 juin.** L'érysipèle n'a pas laissé de traces. Mais il s'est formé, au niveau de l'angle de l'omoplate gauche, une eschare qui a laissé une ulcération de la grandeur de la paume de la main. Le pus, qui s'en écoule, est infect. La situation de cette eschare s'explique par ce fait que l'angle de l'omoplate fait

saillie, la malade étant atteinte depuis son enfance de scoliose à convexité gauche. Au sacrum, il n'y a qu'une légère exco-riation. Il s'écoule relativement peu de pus par l'ouverture de l'abcès, mais la malade est très-faible; elle refuse tout ali-ment autre que le lait.

12 juin. Bien que l'on ait continué l'administration des to-niques, qui avaient été prescrits dès l'entrée à l'hôpital, la malade a continué à s'affaiblir, à tel point que l'on redoute de la faire asseoir. Elle est un peu essoufflée depuis hier sans qu'il y ait eu ni frisson, ni point de côté; on se borne à l'aus-culter en avant. La percussion n'indique rien d'anormal. A l'auscultation, on entend, à droite, de gros râles bruyants aux deux temps. — Un peu de toux lorsqu'elle veut parler.

13 juin. Pâleur, extrémités froides, moiteur, faiblesse ex-trême, traits tirés, narines pulvérolentes. — Mort dans l'après-midi.

Pendant la durée de cette maladie, la courbe thermique in-dique d'abord une fièvre rémittente à type vespéral avec maxima 39°,4 et minima 38°,4. Puis, au moment où apparaît l'érysipèle, et surtout au moment où il s'étend sur les bras, les températures atteignent 40°,2. Elles s'abaissent un peu dans les jours qui suivent, et descendent jusqu'à 37 le matin qui a suivi l'administration de la première potion au chlorure de chaux. Ensuite, elles s'élèvent de nouveau et reprennent le type rémittent à exacerbations vespérales. Les exacerbations devenant plus considérables et atteignant 39°, on administre de nouveau du chlorure de chaux, et de nouveau on remarque une chute jusqu'à 37,2 pour le matin et 37,8 pour le soir. Mais c'est là une médication que l'on ne peut continuer. Du reste, quelle que soit la cause de la chute de la température, elle n'a pas été de longue durée, et, dans une dernière pé-riode de la maladie, la courbe devient tout à fait irrégulière. Les minima sont alors 36,4; les maxima 38,6. — Enfin, dans les derniers jours, la température s'élève graduelle-ment.

AUTOPSIE. — *Cavité thoracique.* — Dans la plèvre droite, on trouve un épanchement purulent d'un litre environ, et pré-sentant l'odeur spéciale et infecte des épanchements pleuraux de cette nature. Plèvre gauche, rien. Le poumon droit est for-tement adhérent au sommet. Dans le reste de son étendue, il est couvert de fausses membranes, minces et récentes.

A la coupe, le sommet est manifestement sclérosé. Quant aux lobes inférieurs, ils sont atelectasiés et offrent la sensa-tion de résistance, accompagnée de flaccidité des poumons refoulés et un peu sclérosés. A la coupe, la couleur est gris ardoisé.

Le poumon gauche est œdématisé et un peu sclérosé au sommet. En examinant la cavité thoracique, après avoir enlevé le poumon, on remarque qu'une des premières côtes dénudée dans cette opération est altérée. En recherchant alors quelles peuvent être les relations de la pleurésie avec l'abcès du dos, on remarque que celui-ci siège sous le trapèze et le rhomboïde, qu'il remonte à droite et à gauche sous le splénius, jusqu'à deux ou trois travers de doigts, au-dessous de l'apophyse mastoïde. — Au niveau de l'omoplate, il ne dépasse pas les apophyses épineuses vers la gauche; mais vers la droite, il s'étend sous le grand dentelé jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-scapulaire. — En bas enfin, il dépasse de peu l'angle inférieur de l'omoplate. — En cherchant dans la profondeur l'origine de cette collection purulente, on découvre la deuxième, la troisième et la quatrième côtes, qui sont dénudées, rugueuses, noires et friables, dans leur partie la plus voisine de la colonne vertébrale et sur une faible étendue (2 à 3 cent.). Un peu plus loin en avant, leur périoste existe, mais il se détache facilement. — L'apophyse transverse de la troisième vertèbre dorsale est également altérée ainsi que l'articulation costo-transversale correspondante. Enfin, au-dessous de la troisième côte, il y a une assez large communication avec la plèvre; au-dessous de la quatrième, un second orifice de communication de 1/2 centimètre de diamètre. — En avant, la troisième côte seule est dénudée.

Le cœur n'est pas augmenté de volume; le péricarde et le myocarde sont sains. Il en est de même de l'endocarde. — Cependant il y a un peu d'épaississement en quelques points du bord libre des valves.

*Cavité abdominale.* — L'estomac et la rate n'offrent rien d'anormal. — Le foie est gras. — Quant aux reins, ils sont peu volumineux, la capsule se détache facilement, leur surface est lisse, mais ils sont évidemment gras. L'examen au microscope fait à l'état frais, par raclage et à l'aide de l'acide osmique, démontre qu'en effet beaucoup des cellules sécrétoires renferment un certain nombre de granulations grasses.

*Organes génitaux internes.* — Sains, sauf un petit corps fibreux sous-péritonéal et un autre sous-maqueux, aplati, de la grosseur d'une lentille, siégeant sur la paroi postérieure de la cavité utérine.

*Réflexions.* — Ainsi, dans le cas que nous venons de rapporter, un phlegmon de la nuque et de la partie supérieure du dos, ayant débuté très-brusquement, et ayant offert, semble-t-il, une marche aiguë, se trouve cependant avoir pour cause une altération osseuse. — Cette altération porte, non sur la colonne vertébrale, comme on l'avait supposé plutôt pen-

dant la vie de la malade, mais sur les premières côtes, car une apophyse transverse était le seul point malade de la colonne épinière. — Enfin la marche de la maladie, l'absence de toute altération de la santé générale avant l'apparition du phlegmon du dos, nous paraissent devoir faire rejeter absolument l'hypothèse d'une pleurésie purulente ouverte à travers les espaces intercostaux. On est donc bien forcé d'admettre, dans ce cas, l'ouverture, dans la plèvre, d'un abcès ayant pris naissance au niveau des côtes et même de la partie postérieure de celles-ci. — Car il nous semble que l'on peut considérer comme primitivement atteinte la région osseuse où les altérations offrent la plus grande étendue et d'où elles ont empiété sur les régions voisines.

#### 14. Rapport de M. Landouzy sur la candidature de M. Cossy.

Parmi les présentations, au nombre de 13, faites par M. Cossy à la Société anatomique, l'une d'elles, qui a trait à une cyanose congénitale, attirera particulièrement notre attention.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, qui a présenté dès sa naissance une cyanose très-prononcée de la face et des extrémités, avec palpitations et oppression peu considérable. Depuis six mois, oedème des membres inférieurs et du membre supérieur gauche. A son entrée à l'hôpital, on constate en outre de nombreuses arborisations veineuses sur la partie antérieure et supérieure du thorax; extrémités des doigts recourbées, ongles hippocratiques; foie très-volumineux, albuminurie abondante, rien d'anormal du côté des poumons. Cœur: à la pointe, au niveau du mamelon et du creux épigastrique, double bruit de souffle très-fort; à la base, au niveau maximum des bruits de l'artère pulmonaire, souffle de même force et de même timbre, mais unique, systolique, et se prolongeant pendant toute la durée de la révolution cardiaque.

AUTOPSIE. — On trouve le cœur hypertrophié dans toutes ses parties; oreillettes et ventricules; cloison interauriculaire normale; pas de persistance du trou de Botal; large orifice à la partie supérieure de la cloison interventriculaire; rétrécissement très-considérable de l'artère pulmonaire à son origine; valvules épaissies, rugueuses; canal artériel imperforé; aorte normale, poumons simplement congestionnés, sans pneumonie caséuse.

Dans cette observation, comme dans la plupart de celles qui ont trait à la cyanose congénitale, nous trouvons réunis les deux genres de lésions, auxquelles on a voulu attribuer la

cyanose ; à savoir, le rétrécissement de l'artère pulmonaire et la communication des deux cœurs. Deux théories opposées se trouvent ici en présence :

Les uns, avec Morgagni, Louis, Gendrin, Bérard, Cruveilhier, admettent que la maladie bleue, la cyanose, est due à une simple gêne dans la circulation, à une stase dans les capillaires ; les autres, avec J. Cloquet, Gintrac, soutiennent qu'elle est le résultat d'un mélange des deux sangs artériel et veineux à travers le trou de Botal persistant, ou à travers une communication interventriculaire.

Pour les premiers, le rétrécissement de l'artère pulmonaire est primitif, et la communication des deux cœurs consécutive ; pour les seconds, la communication des deux cœurs surviendrait la première, et serait la cause du rétrécissement de l'artère pulmonaire ; dans le cas de communication interventriculaire, le sang contenu dans le ventricule droit aurait, dit-on, de la tendance à passer dans le ventricule gauche au lieu de s'engager dans l'artère pulmonaire, de là un rétrécissement consécutif de cette artère. De ces deux théories opposées, la première nous paraît la vraie. On peut, en effet, diviser les faits en 3 groupes : dans un premier, qui comprend la très-grande majorité des cas, la cyanose coïncide avec la double lésion : rétrécissement de l'artère pulmonaire et communication des deux cœurs (comme dans l'observation de M. Cossy). Dans une seconde catégorie, la cyanose coïncide avec une communication des deux cœurs (persistance du trou de Botal ou perforation de la cloison interventriculaire), mais le rétrécissement de l'artère pulmonaire fait défaut. (Soc. anat. 1867, p. 525. — 1869, obs. personnelle.)

Ces faits paraissent, au premier abord, donner raison à la théorie soutenue par Gintrac, mais si l'on examine avec soin la tricuspe, on la trouve malade, tantôt insuffisante, tantôt rétrécie comme dans l'observation que j'ai rapportée ; ici encore, par conséquent, nous pourrions invoquer comme cause de la cyanose, la stase sanguine aussi bien que le mélange des deux sangs.

Enfin, en troisième lieu, on a observé des malades chez lesquels la cyanose avait fait complètement défaut, et à l'autopsie desquels on trouvait une persistance du trou de Botal. Chénieu en a présenté un cas à la Société en 1870, et nous-même un autre très-probant en 1872. Chez notre malade, qui n'avait jamais présenté de cyanose, existait une perforation circulaire de la cloison inter-auriculaire permettant l'introduction facile de l'index. L'artère pulmonaire et la valvule tricuspe étaient parfaitement normales.

Il nous semble ressortir de ces faits que la cyanose congé-



nitale paraît reconnaître pour cause plutôt la stase sanguine que le mélange des deux sangs.

Mais dans la loi formulée par Louis, à laquelle nous nous rattachons, le rétrécissement prononcé ou surtout l'imperméabilité de l'artère pulmonaire a pour résultat non-seulement la communication anormale de deux cœurs, mais aussi la persistance du canal artériel. La perméabilité de ce canal est ici indispensable à la respiration et à la vie. Dans la plupart des autopsies où on l'a recherché, on l'a trouvé en effet dilaté d'une façon manifeste (thèse de Deguise).

Or, chez le malade de M. Cossy, ce canal était *imperméable* malgré le rétrécissement prononcé de l'artère pulmonaire. Il doit s'être établi ici une circulation collatérale très-suffisante pour permettre la vie jusqu'à vingt ans ; mais les artères bronchiques n'ont pas été examinées ; étaient-elles dilatées comme cela a été observé quelquefois ? On a même observé dans un cas des artères bronchiques supplémentaires qui naissaient de l'aorte immédiatement au-dessus du canal artériel ; mais dans ces derniers cas, l'hématose, quoique possible est insuffisante ; la nutrition du poumon en souffre ; et il peut en résulter une pneumonie caséuse. Dans le cas que nous examinons, les poumons étaient simplement congestionnés et ne présentaient pas trace de pneumonie caséuse.

Quant aux bruits de souffle cardiaque observés dans la cyanose, ils peuvent manquer complètement. Le cas est rare et s'observe surtout lorsque la communication des deux cœurs existe seule. Cependant, dans l'observation de M. Homolle, les bruits du cœur étaient *normaux* chez un malade affecté de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication des ventricules.

Presque toujours le bruit de souffle existe. Il est en général unique, systolique, présentant son maximum à la base à gauche du sternum. Il est l'indice pour la plupart des auteurs du rétrécissement de l'artère pulmonaire, contrairement à quelques-uns qui en placent le siège au niveau de l'orifice anormal de communication. Dans l'observation de Coulon (Soc. anat., 1858, p. 437), il y avait cependant un bruit de souffle très-rude à la base et au premier temps, chez une malade affectée de perforation de la cloison inter-ventriculaire *sans lésion aucune de l'artère pulmonaire*. L'auteur en place le siège au niveau de la perforation de la cloison. Chez le malade de M. Cossy il y avait, ce qui est indiqué dans très-peu d'observations, *deux maxima* : 1° à la base et à gauche un souffle doux, simple, systolique, évidemment dû au rétrécissement de l'artère pulmonaire ; 2° à la pointe, un double bruit de souffle de même timbre et de même force que celui

de la base. Pourquoi le second maximum ? était-ce simplement le souffle de la base propagé ? Mais pourquoi alors était-il double et non pas simple ? Il est probable qu'il était produit par le passage du sang à travers l'orifice de la cloison, comme dans l'observation de Coulon. M. Petit, en 1873, a présenté un fait analogue, dans lequel il y avait deux souffles, l'un à la base, rude ; l'autre, doux, à la pointe. L'auteur n'en donne pas l'explication. Chez le malade, qui fait le sujet de notre rapport, les deux poulx radiaux étaient petits, très-faibles, mais réguliers et synchrones. Les arborisations veineuses de la paroi thoracique, ainsi que la déformation des doigts et les ongles hippocratiques ont été signalés plusieurs fois.

En résumé, l'observation de M. Cossy renferme l'histoire assez complète de la cyanose congénitale au point de vue symptomatique et anatomo-pathologique.

Le cœur a été déposé au Musée Dupuytren.

**15. Tuberculose génito-urinaire. — Lésions très-avancées des testicules et de la vessie. — Ulcération du bassin. — Tubercules du rein ;** par A. Mossé, interne des hôpitaux.

V..., Dominique, 32 ans, entre le 16 mai 1878, salle Saint-Thomas, n° 4, à l'Hôtel-Dieu (service de M. OULMONT) dans un état de coma absolu, dont les excitations périphériques ne peuvent le tirer même momentanément : les pupilles sont dilatées, les téguments sur presque toute la surface du corps offrent une coloration presque d'un blanc mat, sauf aux membres inférieurs où l'on voit des vergetures rouges nombreuses provoquées par la flagellation. Il est impossible d'obtenir du malade la moindre réponse ou le moindre geste. Les renseignements suivants nous ont été fournis par un de ses amis chez lequel notre malade était comme élève. Ce jeune homme a commis quelques excès ; depuis quelque temps déjà il toussait, enfin il a eu plusieurs fois des hématuries et se montrait inquiet de son état de santé. Elève dans une pharmacie, il a essayé de s'empoisonner, et la personne qui nous donne ces renseignements pense, mais sans pouvoir l'affirmer, qu'il s'est servi de laudanum et de belladone pour mettre son projet à exécution.

L'état comateux dans lequel était le malade au moment de l'entrée semble diminuer un peu deux jours après, puis il devient plus profond et la mort survient quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant son séjour à l'hôpital, il n'y a pas eu d'hématurie. L'auscultation de la cavité thoracique fait reconnaître les signes de la tuberculose pulmonaire des deux côtés, plus marquée du côté droit cependant où ils

indiquent l'existence d'une cavité. Les résultats de cet examen coïncident avec les renseignements qui ont été donnés.

**AUTOPSIE.** — Poumons tuberculeux avec de petites cavités. **Organes génito-urinaires.** — La *vessie* offre deux ulcérations principales : l'une, presque du diamètre d'une pièce de deux francs, est située au niveau du col de la vessie, empiétant cependant un peu plus sur la face antérieure de cet organe que sur la partie postérieure à l'orifice du col. Les bords sont creusés et la résistance des parois vésicales est assez diminuée pour qu'elles aient cédé au niveau de l'ulcération pendant l'ablation de l'organe. La deuxième ulcération est placée en arrière de la base du trigone, qu'elle intéresse un peu, et assez régulièrement disposée par rapport à la ligne médiane ; elle est moins profonde mais plus étalée que la précédente. Quelques autres petites ulcérations de la muqueuse, mais discrètes et peu nombreuses. Tunique musculaire de la vessie rouge et hypertrophiée.

La *prostate* est augmentée de volume, indurée ; au doigt, on ne trouve point de foyer de ramollissement. A la coupe, on constate l'existence de plusieurs petits foyers caséux, mais tous généralement d'assez petites dimensions.

Les vésicules séminales présentent le même aspect : induration et quelques petits foyers caséux. Les canaux déférents sont un peu augmentés de volume, mais pas d'irrégularités dans toute l'étendue où ils ont été examinés (portion terminale adossée à la vessie et portion initiale, jusqu'à la moitié au moins du trajet inguinal).

Enveloppes du *testicule* très-épaissies, surtout dans leur partie profonde où on n'arrive sur l'épididyme qu'après une vraie dissection. Des deux côtés, hydrocèle de la tunique vaginale, mais très-peu abondante dans l'une d'elles, plus marquée dans l'autre. L'épididyme, à droite aussi bien qu'à gauche, est confondu en une seule masse avec le testicule, grâce à l'épaississement des tuniques qui empêchent de sentir au doigt les irrégularités de cet organe qui deviennent très-visibles à la vue quand on l'a séparé de celles-ci. Les épididymes sont transformés en une masse caséuse, molle. Les testicules offrent la même lésion, mais moins avancée ; une coupe longitudinale faite suivant le bord supérieur de l'épididyme, de manière à comprendre cet organe et le testicule, permet de reconnaître encore par places la coloration grisâtre du tissu propre du testicule, et de constater que la dégénérescence tuberculeuse est disposée d'une façon régulière, comme l'indique M. Reclus dans sa thèse.

Le canal de l'*urètre* fendu dans toute son étendue, ne présente ni ulcérations ni lésions tuberculeuses visibles à l'œil

nu. *Reins* rouges, un peu congestionnés : l'un présente un simple petit tubercule jaunâtre ; l'autre quelques petites granulations grises disposées les unes au-dessous des autres, suivant la direction de la pyramide dans laquelle elles sont placées. En somme, les lésions du rein sont très-peu avancées, mais l'existence de lésions tuberculeuses dans les poumons et dans les organes génito-urinaires que nous venons de passer en revue, autorise à dire que ces granulations grises régulièrement disposées sont de nature tuberculeuse. Enfin, signalons une petite ulcération placée au centre du bassin, arrondie, plate, et faisant une petite saillie au-dessus de la surface du bassin au lieu de creuser en profondeur. Ses dimensions sont celles d'une grosse tête d'épingle.

---

*Séance du 28 juin.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**16. Fracture double verticale du bassin avec perforation du rectum ; par SAVARD, interne des hôpitaux.**

Le 24 juin, à 10 heures du soir, le nommé X..., âgé d'une quarantaine d'années, a été apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guérin ; cet individu avait voulu, dans un accès d'aliénation mentale, se jeter à la Seine du haut d'un pont ; mais il était tombé sur la berge où les agents de police l'avaient ramassé.

L'interne de garde, appelé aussitôt, constata une fracture de cuisse avec plaie ; il mit le malade dans une gouttière et appliqua sur la solution de continuité des compresses trempées dans l'acide phénique.

Le lendemain matin, en examinant le malade, on le trouve dans le délire, la figure grippée, le pouls fréquent et petit. La température, prise dans l'aisselle, s'élève à 38°,8. La cuisse est tuméfiée et présente un peu au-dessus du tiers supérieur, à la partie externe, une plaie large de trois à quatre centimètres environ, laquelle donne issue au fragment supérieur du

fémur. En réduisant, on sent qu'il y a d'autres fragments osseux complètement mobiles. Le délire continue, les extrémités se refroidissent, et le malade meurt la même journée vers deux heures.

**AUTOPSIE.** — Après avoir ouvert largement la cuisse, on voit le fémur séparé en trois fragments, dont l'un, celui qui est libre, a environ trois à quatre centimètres de longueur, est irrégulier et taillé en biseau.

L'ouverture de l'abdomen fait reconnaître l'existence d'une fracture double verticale du bassin du côté droit. En avant, l'os est brisé à l'extrémité externe de la branche horizontale du pubis et au niveau de la branche ascendante de l'ischion ; en arrière, c'est un peu en dehors de la symphyse sacro-iliaque qu'a lieu la fracture.

La moitié supérieure de l'iliaque de ce côté est séparée du reste de l'os par un trait de fracture horizontale passant au-dessus de la cavité cotyloïde.

Le fragment antéro-interne, c'est-à-dire la branche du pubis a conservé à peu près sa situation, mais le fragment postérieur constitué par tout le reste de l'iliaque est porté en dedans, et a perforé le rectum en avant et dans sa portion supérieure. Cette perforation a trois ou quatre millimètres de largeur et se voit d'autant mieux que l'intestin est distendu par les matières fécales. Le péritoine ne contient que quelques cuillerées d'un liquide assez louche, et ne présente que quelques traces d'inflammation, car la mort est survenue trop rapidement pour laisser à la péritonite le temps de se développer ; la vessie et l'urètre sont intacts.

La perforation des viscères dans les fractures du bassin n'est pas habituelle ; on peut s'en convaincre en recherchant dans les bulletins de la Société anatomique les divers cas de ce genre de fracture. Ainsi, dans plusieurs observations de fractures doubles verticales, plus complètes encore que la fracture typique de Malgaigne, les unes s'accompagnant de fractures du sacrum, les autres d'enfoncement de la cavité cotyloïde, il n'y a pas eu de perforations viscérales. Dans une seule observation, il est fait mention de la déchirure de l'urètre.

Nous en avons montré à la Société, il y a deux ou trois mois un autre exemple dans une fracture double verticale absolument semblable à celle que nous présentons aujourd'hui. Le siège et la direction de la fracture étaient tout à fait classiques, seulement la branche du pubis était portée en dedans et avait perforé la partie inférieure de la vessie.

Quelles sont les causes de ces perforations ?

Pourquoi, dans certains cas où le désordre du côté des os est

si considérable, les viscères échappent-ils à toute lésion, tandis qu'on les trouve perforés dans quelques circonstances en apparence moins graves ? Deux conditions doivent avoir une grande part dans la production de ces complications : la direction et la violence de la force qui produit la fracture, l'état des viscères abdominaux. En effet, lorsque la fracture est produite par compression latérale, quand, par exemple, le bassin se trouve serré entre deux tampons de wagons, ou contre le sol, le fragment postérieur est porté violemment en dedans et peut facilement perforer la vessie ou le rectum.

Lorsqu'au contraire, la fracture est produite indirectement par une chute d'un lieu élevé sur les membres inférieurs, la perforation doit être bien plus rare. C'est cependant ainsi que s'est produite la fracture que nous avons sous les yeux, et il y a perforation du rectum; il faut dire que cette partie de l'intestin était distendue par les matières fécales. C'est que, sans doute, l'état des viscères a une grande importance dans les cas de ce genre. Lorsque la vessie ou le rectum sont pleins, ils remplissent presque toute l'excavation du petit bassin, et ne peuvent fuir devant les corps qui les compriment violemment. Cette condition a peut-être encore plus d'influence que la précédente, et dans le cas qui nous occupe, c'est à cette distension du rectum que l'on doit attribuer la perforation de cet organe.

**17. Lithiase biliaire et abcès du foie. — Rétrécissement avec rupture de l'urèthre ;** par P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

Le malade, âgé de 42 ans, était entré le 15 avril, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. FRÉMY, sup. par M. Guérin-Roze, pour un ictère dont il se disait atteint depuis deux mois. C'était la seconde fois qu'il devenait ictérique, ayant un an auparavant, éprouvé pareil accident, accompagné de coliques hépatiques. Il avait alors reçu des soins dans le service de M. Vulpian et avait complètement guéri.

L'ictère actuel était survenu graduellement, sans accès douloureux. A peine l'hypocondre droit était-il plus sensible que normalement, la teinte jaune, sans être très-intense, était assez prononcée et généralisée. Les urines, au contraire, peu colorées ne renfermaient, à en juger par les réactions habituelles, qu'une très-faible quantité de pigments biliaires.

L'examen de la région hépatique faisait sentir un foie très-hypertrophié, dépassant de beaucoup les fausses côtes, allant sur une certaine étendue de son bord inférieur jusqu'à la ligne ombilicale. La surface en était dure et absolument lisse. La rate très-augmentée de volume, elle aussi, débordait le re-

bord costal et pouvait être facilement explorée par la palpation. Ventre gros, sans apparence de liquide ascitique. Enfin comme conséquences de ces lésions, le malade présentait un grand affaiblissement, de l'inappétence et surtout des accès de fièvre irrégulièrement intermittents.

Cet homme était soumis depuis quelques jours à un traitement médical approprié, lorsqu'il fut pris de rétention d'urine complète. Après plusieurs essais infructueux de cathétérisme, on arriva à passer une petite sonde (n° 8-9) qui fut laissée à demeure : mais en même temps on s'aperçut de la présence d'un abcès périnéal et en raison de ces derniers accidents le malade fut transporté dans le service de M. CUSCO (26 avril). L'explication de ceux-ci nous fut, du reste, donnée par les renseignements du malade qui accusa une blennorrhagie chronique antérieure et l'évolution graduelle du rétrécissement : depuis huit mois, la miction était devenue moins facile et le jet d'urine avait sensiblement diminué de calibre.

L'incision immédiate de l'abcès urinaire et la sonde maintenue à demeure amendèrent très-vite les accidents urinaires. Mais de nouveaux accès fébriles très-intenses survinrent, avec frissons violents, température élevée, dépassant 40° et la mort frappa assez brusquement le malade le 3 mai.

A L'AUTOPSIE nous trouvons un foie énorme adhérent au diaphragme par sa face supérieure sur laquelle on remarque d'épaisses néo-membranes et à sa partie moyenne un abcès superficiel entouré par celles-ci. Le poids de l'organe est de plus de 3 kilogr. Sa coloration est jaune verdâtre, peu verte en certains points. Son tissu est assez ferme sans être très-dur, sans crier sous le scalpel.

Des incisions faites en divers sens nous révèlent la présence de nombreux abcès de divers volumes, les uns très-petits, d'autres gros comme des noix, remplis d'un pus plus ou moins teinté par le liquide biliaire.

La coupe de tous les canaux biliaires laisse échapper des concrétions de toutes dimensions. Au hile, les canaux hépatiques sont distendus par de nombreux calculs, le canal cholédoque surtout. Il offre, en effet, l'aspect d'un cylindre plein de 6 centim. de long sur un diamètre, de plus de 2 centim. Il ne s'arrête pas à l'ampoule de Vater ; mais il se prolonge au-delà de son embouchure en formant un cul-de-sac dû évidemment à la dépression graduelle de sa paroi inférieure par l'accumulation des concrétions.

La vésicule biliaire vide et affaissée s'abouche directement dans le canal cholédoque ; il n'y a plus de canal cystique. L'ampoule de Vater a été comme dépliée et on trouve à sa place un simple pertuis arrondi d'environ 4 millim. de dia-

mètre, qui laisse apercevoir un calcul trop gros pour s'y engager : la pression sur les voies biliaires fait suinter par cet orifice un peu de bile ; et il est probable sinon certain, que la sécrétion biliaire parvenait à filtrer en quantité variable dans l'intestin, malgré l'obstruction si complète des canaux excréteurs. La rate volumineuse, dure, pèse 420 grammes. Les reins présentent une substance corticale très-épaissie et d'un blanc jaune ; ils sont, à n'en pas douter, le siège d'un certain degré de néphrite parenchymateuse, bien que, pendant la vie, on ait à peine trouvé des traces d'albumine dans l'urine. Quelques cuillerées seulement de liquide dans le péritoine. — Du côté de l'*urèthre*, nous trouvons immédiatement en arrière du bulbe un point manifestement rétréci ; la muqueuse à ce niveau est rugueuse et présente des points blanchâtres, cicatriciels. En arrière de ce rétrécissement de chaque côté de l'extrémité inférieure du verumontanum, existent deux petites ulcérations dont l'une, celle de droite, aboutit à une perforation de l'urèthre, petite, arrondie. Celle-ci conduit à la poche urinaire qui, d'abord latérale et remontant vers la prostate, contourne l'extrémité postérieure du bulbe pour aboutir au périnée.

La perforation de l'urèthre se trouve à 8 ou 10 millim. en arrière du commencement de la portion membraneuse. La vessie ratatinée, petite, offre des parois excessivement épaissies. Rien de particulier dans les autres organes.

**18. Petit anévrysme de l'origine de l'aorte siégeant dans la paroi interventriculaire sans aucune communication avec les cavités cardiaques ; par BOUSSI.**

Le 1<sup>er</sup> juin 1870, entre à la Pitié, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, le nommé Levassant, Jean, âgé de 58 ans, terrassier. Cet homme n'avait jamais été malade avant 1859. A cette époque, il eut une pleurésie, pour laquelle il fut soigné à Saint-Antoine. Guéri de sa pleurésie, sa santé fut satisfaisante jusqu'à il y a trois mois. C'est alors qu'il s'aperçut de sa maladie du cœur pour la première fois. Pourtant il n'eut jamais de rhumatisme ni de douleurs rhumatismales. Ses parents vécurent jusqu'à un âge avancé sans jamais avoir été malades.

Lorsqu'il entre à l'hôpital, ce malade présente tous les phénomènes de l'asystolie, la voix est éteinte, les jambes enflées, la face cyanosée, la respiration difficile, etc. Les battements du cœur sont irréguliers. On entend avec difficulté un bruit de souffle au 2<sup>e</sup> temps et à la base. Râles muqueux dans la



poitrine. Pas d'albumine dans les urines. La dyspnée, l'angoisse précordiale et tous les signes de l'asystolie augmentent de jour en jour et le malade succombe le 19 juin.

*A l'autopsie*, on constate les lésion suivantes :

**AUTOPSIE.**— Le cœur est augmenté de volume et dilaté ; mais les parois ne sont pas hypertrophiées. Toutes les cavités sont remplies de caillots noirâtres. La valvule mitrale est saine. La crosse de l'aorte est dilatée et athéromateuse ; elle est pavée de petites plaques calcaires. Les valvules sigmoïdes sont saines ; mais insuffisantes par suite de la dilatation de l'orifice aortique. Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, on remarque une cavité anévrysmale, anfractueuse, profonde de deux centimètres. L'orifice de l'anévrysme est situé en dehors et en avant des deux artères coronaires, les bords mousses rappellent la glotte par leur configuration. Cet orifice présente deux centimètres et demi de longueur sur un centimètre et demi de largeur. Le fond de l'anévrysme repose sur la cloison interventriculaire et ne communique avec aucune cavité cardiaque. Les parois de l'anévrysme sont tapissées d'une membrane jaunâtre de la couleur de la surface interne de l'aorte. La cavité est remplie de caillots fibrineux. (Cet anévrysme ne s'était révélé par aucun signe pendant la vie.) Les autres organes n'offrent rien de particulier à signaler.

**19. Tumeur fibreuse, volumineuse, adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus ; par Boussi.**

Bouster Anna, âgée de 85 ans, entre le 6 janvier 1876, à la Pitié, salle Sainte-Eugénie, service de M. DUMONT-PALLIER. Je vois cette femme pour la première fois au mois de janvier 1878. Comme elle est folle et parle un mauvais allemand, on ne peut avoir de renseignements sur son compte. Il faut se contenter de l'examen des différents organes. La région sous-ombilicale de l'abdomen est volumineuse, La palpation révèle une énorme tumeur grosse comme une tête d'adulte et située sur la ligne médiane. Elle remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est solide, résistante et, en certains points, surtout à gauche près de l'ombilic, elle est dure comme une pierre. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Il y a 13 ou 14 ans, la malade aurait eu des pertes. Tous les autres organes sont sains, sauf le cerveau dont les fonctions intellectuelles sont troublées. Ainsi cette malade se porte bien avec une tumeur énorme de l'abdomen : l'appétit est con-

servé, l'eubompoint normal. Elle jouit même d'une vigueur étonnante pour son grand âge. En présence de ces phénomènes on diagnostique une tumeur fibreuse de l'utérus. Cette malade déraisonne continuellement et de temps à autre présente des paroxysmes. Ils consistent dans les symptômes suivants : la malade est très-agitée, très-loquace ; elle entre en fureur dès qu'on lui parle et vous jette à la tête tout ce qui tombe sous sa main. Elle se promène toute nue. Il faut courir après elle et elle résiste avec une force étonnante. Ces accès de folie durent plusieurs jours avec des alternatives de rémission et d'exacerbation.

Au moment des paroxysmes on l'endort pour quelques heures avec une ou deux injections de morphine au 1/30. Au bout de vingt minutes environ, la malade s'endort et à son réveil elle reste calme pendant plusieurs heures. Une fois on l'a endormie avec le chloroforme suivi d'une injection de morphine. Le sommeil n'a pas duré plus longtemps que d'habitude.

Le 15 février on constate un commencement d'eschare au sacrum. Cette eschare la rend plus calme. Malgré son grand âge elle a encore assez de vitalité, d'influx nerveux pour guérir de son eschare au bout d'un mois environ. Cette eschare cependant avait acquis une étendue considérable.

Le 30 juillet, pour calmer un de ses accès de folie, je lui fais deux injections de morphine. Le lendemain, elle paraissait encore être sous l'influence de l'opium ; mais elle était dans l'abattement que cause une fièvre intense. En effet, le pouls était rapide, la peau moite, le thermomètre marquait 40°. Rien dans les poumons ni ailleurs pour expliquer cette fièvre subite. — Elle mourut le lendemain, 2 juillet.

AUTOPSIE le 3 juillet. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur adhérente à la paroi antérieure par des travées celluleuses. On détache avec peine la face antérieure de la tumeur de la paroi abdominale. En haut et à droite cette face antérieure adhère au grand épiploon et à une anse intestinale dont on la sépare assez difficilement, sans déchirer l'intestin cependant. La face postérieure, lisse, convexe, se moule sur la concavité sacrée du petit bassin sans y adhérer, et glisse très-facilement sur le péritoine de cette région, lequel est complètement normal. Cette tumeur n'est pas adhérente à l'intestin, elle n'adhère qu'aux ligaments larges atrophiés et dont les lames cellulaires sont devenues fibreuses. L'utérus est sain, le col allongé. Les ovaires et les trompes sont tellement atrophiés et perdus dans les masses celluleuses qu'on ne retrouve que la trompe gauche transformée en un cordon fibreux incomplètement perméable.

La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, est ovale. On peut lui considérer une face antérieure rugueuse adhérente à la paroi abdominale et une face postérieure lisse, luisante, offrant l'aspect du cartilage et sans adhérences aux parois du petit bassin. La tumeur est tellement dure, surtout au niveau de la face antérieure, qu'on est obligé de la scier pour l'ouvrir. Elle est constituée par une paroi et un contenu. La paroi épaisse de 3 centimètres sur la plus grande partie de son étendue, offre en un point une épaisseur de 5 ou 6 centimètres. En ce point, qui correspond à la surface antérieure, la tumeur est pétrifiée. De là partent plusieurs lamelles fibreuses, qui sont saillies dans l'intérieur de la cavité. Le reste de la paroi est constituée par l'emboîlement concentrique de plusieurs lamelles fibreuses facilement séparables. Le contenu est une bouillie couleur café au lait. On ne trouve pas dans les organes des lésions qui puissent expliquer la fièvre du dernier jour. Rien dans les poumons. Aucune trace de pneumonie. Rien du côté des organes urinaires. Les méninges adhèrent au cerveau. Il s'écoule beaucoup de sérosité à l'ouverture de la boîte crânienne. Les vaisseaux de la base du crâne présentent de distance en distance des points blanchâtres de quelques millimètres ou centimètres de long. En ces points existe une altération du vaisseau qui est épaissi, fibreux et diminué de calibre. La substance est molle, celle de l'hémisphère gauche principalement. L'insula de Reil de ce côté est même complètement diffuente; mais la couleur est normale (cette diffuence n'est probablement que le résultat de l'altération cadavérique). Sérosité sanguinolente dans les ventricules.

EN RÉSUMÉ, la tumeur que nous présentons est évidemment de nature fibreuse; mais quelle est son origine? S'est-elle détachée peu à peu de l'utérus? S'est-elle développée primitivement dans les ligaments larges? Telles sont les questions qu'il faut se poser et qu'il est difficile de résoudre.

M. BERGER fait remarquer que cette tumeur pourrait avoir pour point de départ les parois osseuses du bassin. Les fibromes des parois pelviennes sont rares mais il en existe un certain nombre d'observations remarquables.

**21. Fibre-sarcome de la paroi abdominale, volumineuse, avec transformation calcaire partielle et kystes hématisques ;** par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

1° Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans d'un phlegmon diffus de la jambe. — Mère vit encore (76 ans). — Sœur morte à 40 ans d'une maladie aiguë ? Frère bien portant (48 ans), marié, a des enfants. — Elevé à la campagne, de 13 à 18 ans employé dans une filature. Marche de l'affection actuelle : Le début de la tuméfaction, survenue sans cause appréciable, remontait à plusieurs années quand le malade entra dans l'ancien Hôtel-Dieu (octobre 1876). Alors M. Cusco constata une saillie notable du flanc droit, bien que réduite au vingtième environ de l'état actuel, avec diminution de l'échancrure costo-iliaque non entièrement effacée. Adhérence à la tumeur non-seulement de la portion cutanée, mais encore de toutes les couches de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; mobilité relative, de cette tumeur, mais indépendante des parties profondes (épiploon, etc.), tels sont les caractères d'après lesquels le chirurgien de l'Hôtel-Dieu établit le siège précis du néoplasme dans l'épaisseur de la paroi abdominale,

Tel était à peu près l'état du malade, sauf un léger accroissement de la tuméfaction, au début de 1877. — L'évolution de la tumeur s'accomplit à grands pas durant cette année, de telle façon qu'en juillet, époque du transfert dans le nouvel Hôtel-Dieu, elle paraissait avoir décuplé de volume. — Cette marche ne fut pas sensiblement troublée : signalons cependant deux ou trois attaques de péritonite circonscrite, mais temporaire, avec douleur locale et phénomènes généraux très-accentués, survenues, l'une, durant la suppléance de M. le Dr Berger, l'autre, en notre présence dans une garde. C'est dans ces conditions que la tumeur évolua toujours progressivement. et M. Cusco nous dit lui trouver, en janvier 1878, date de notre entrée dans son service, un volume vingt fois plus considérable qu'au début à en juger par la saillie antérieure.

On constate une voussure très-exagérée de la partie latérale droite de la surface abdominale, dans toutes ces régions, ainsi que de la zone péri-ombilicale, le flanc, la fosse iliaque gauche paraissent aussi participer à la proéminence générale. — L'épigastre et l'hypogastre y échappent, mais seulement dans leurs limites les plus éloignées. La peau est tendue, luisante, de coloration brunâtre : elle semble amincie et bleuie au point le plus central de la tumeur (milieu du

flanc droit). — Tout le système veineux superficiel de la partie antérieure et latérale du tronc a acquis un développement considérable, surtout au-dessus de l'ombilic; le calibre moyen de ces veines gonflées et turgides dépasse légèrement celui de la poplitée et atteint au voisinage de l'aisselle celui des iliaques. — Quant à la circulation veineuse reconnue par la compression digitale qui amène l'affaissement des parois au-dessus du point oblitéré, le sens du courant sanguin est inverse de l'état normal c'est-à-dire de la veine épigastrique, dite inférieure, vers la mammaire interne, anastomotique à plein canal, ce qui justifie le nom d'épigastrique supérieure donné à cette dernière par M. le professeur Bitot, de Bordeaux.

Au palper abdominal, résistance considérable, sauf le point aminci qui paraît fluctuant et tend à s'ulcérer: il est absolument impossible, à cette période, de constater le degré de mobilité et d'adhérence de la tumeur aux tissus contigus, à tel point que des candidats au Bureau central diagnostiquent un sarcome épiploïque. La pression est un peu douloureuse. La matité existe partout: seule la partie supérieure de l'épigastre présente de la submatité. — L'œdème des membres inférieurs n'est pas assez développé pour faire contraste avec l'émaciation très-prononcée de la portion sus-diaphragmatique du tronc.

Tout est normal dans les fonctions psychiques, motrices, sensitives et sensorielles. Il n'en est pas de même des appareils de la vie végétative. L'appétit va diminuant: légère constipation. — La dyspnée s'accroît de jour en jour. Rhumes continuels: expectoration.

Février. — Les troubles dyspeptiques et dyspnéiques progressent: le malade ne peut plus avaler d'aliments solides, sans vomissement. Prescription: toniques et alimentation liquides. Il meurt le 17, insensiblement et presque sans agonie. — La couche cutanée du flanc droit, bien que réduite à une minceur extrême, n'a pas subi de rupture.

AUTOPSIE. — Aspect extérieur. Le même que durant la vie, sauf l'affaissement complet des veines pariétales du tronc. Celui-ci est bien plus développé par suite de sa distension gazeuse. Coloration rouge noirâtre manifeste du cou, des deux régions massétérides, et aussi de la partie postérieure du crâne. Pupilles moyennes; disproportion exagérée de volume entre les deux portions du tronc sus et sous-diaphragmatiques.

Cerveau. — Infiltration œdémateuse. — Adhérences considérables de la dure-mère au milieu de la ligne médiane. Dans le thorax, poumons atteints d'hypostase et d'œdème des bases

Cœur. — Un peu de liquide dans le péricarde. A l'œil nu, lymphatiques apparents dans le sillon interventriculaire antérieur. Coloration livide, lie de vin de la face interne. Pas d'insuffisance artérielle, ni d'altérations valvulaires. — A la coupe des parois un peu de stéatose et d'infiltration. — Athérome artériel. — Pas de caillots dans la veine-cave inférieure et l'aorte qui paraissent comprimées.

Abdomen. — A l'ouverture de la partie latérale gauche, il s'échappe en jet un liquide jaune-citrin, limpide, onctueux au toucher (Compression probable de la veine-cave inférieure). — Rate et foie normaux à tous les points de vue, sauf une périhépatite légère. Rein gauche. Pas d'adhérences. Infiltration œdémateuse. Rein droit (côté de la tumeur) un peu moins volumineux que l'autre. La capsule adhère légèrement (périnéphrite chronique). — A la coupe médiane et verticale, décoloration complète. Les deux substances se confondent à l'œil nu sans distinction. — Urètères un peu plus gros qu'à l'état normal.

Tumeur. — La masse qu'elle forme, disséquée avec soin par M. Terrillon, alors suppléant, ne présente d'adhérence ni avec le squelette, ni avec le péritoine dans aucune de ses dépendances mésentériques ou épiploïques.

La présence d'une tumeur aussi volumineuse a amené la compression vasculaire et le refoulement de tous les viscères vers la partie supérieure de la cavité abdominale.

Le néoplasme dont se détache si facilement le péritoine pariétal circonvoisin affecte au contraire une connexion intime avec la face postérieure de la paroi abdominale sur toute la portion située à droite et au niveau de l'ombilic. — L'incision porte sur la partie inférieure de la face postérieure de la tumeur, ouvre une poche ou kyste hématique, contenant un litre environ de sang coagulé, rougeâtre et diffluent. — Une coupe transversale de la totalité de la masse que nous avons eu l'honneur de pratiquer devant la Société anatomique, a permis d'en constater la composition variable selon les points; ainsi, outre la poche sanguine ci-dessus indiquée, il existe à la partie postéro-inférieure du côté droit, une zone crétacée, dure, criant sous le couteau, occupant environ le huitième de la masse. Mais la majeure partie de la tuméfaction est formée par un tissu mollasse, et comme lardacé, grisâtre, sans trace manifeste de vascularisation, en un mot, similaire d'une tumeur sarcomateuse. — Poids énorme : 42 kilog. 50 grammes.

L'examen microscopique dû à l'obligeance de M. Chambard, répétiteur au Collège de France, concerne ce dernier tissu. « Un fragment de la tumeur, macéré dans l'acide picrique et coloré par le picro-carminate ammoniacal, est constitué

presque entièrement par du tissu fibreux : en certains points il existe des flots de tissu embryonnaire où les vaisseaux sanguins ont des parois également embryonnaires. Dans ces régions la tumeur offre donc un tissu fibro-sarcomateux avec prédominance de l'élément conjonctif. »

RÉFLEXIONS. — Elles concernent : 1° Le sexe masculin du sujet, c'est le cas le plus rare: deux faits seulement de fibromes péri-pelviens ont été recueillis chez l'homme (Limange, Gaz. Hop. 1850 et Saleze, th. doct. Paris 1876). — Un troisième de Partridge (1867, Medical Times), est aussi le seul observé dans ce sexe, pour la région cervicale.

2° Le siège de la tumeur, à peu près également distante du rebord costal et de la marge du bassin, d'où l'absence de pédicule et de connexion primitive ou secondaire avec le squelette osseux ou fibreux de ces bords.

3° Sa nature presque entièrement fibreuse, sauf la présence de cellules embryonnaires, ce qui la rapprocherait davantage des fibromes aponévrotiques intra-pariétaux décrits d'ensemble pour la première fois par M. le professeur Guyon, (Trib. Méd. 1877, plus spécialement, n° 459 et 467).

4° La transformation calcaire, malgré l'éloignement de tout tissu osseux, signalée par MM. Cornil et Ranvier (Man. d'hist. path. I, p. 121), et enfin la présence d'un kyste sanguin dû probablement à la rupture de vaisseaux avec parois embryonnaires.

## **22. Phthisie locale ; ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin ; carreau ; par Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.**

H... Lice, âgée de 4 ans et demi, entrée le 25 mai 1871, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. TRIBOULET. Cette enfant, élevée loin de sa mère, paraît avoir vécu dans le plus complet abandon ; c'est à peine si, malgré son âge, elle sait dire quatre à cinq mots. La femme à qui elle a été confiée ne donne que des renseignements très-vagues sur son compte. L'enfant aurait eu la coqueluche il y a un an. Elle a une diarrhée habituelle depuis un temps qui ne peut être précisé. L'hiver dernier, on s'est aperçu qu'elle avait les pieds et les mains gonflés et violacés, comme dans les engelures ; ce gonflement persiste depuis lors ; parfois aussi la face était un peu enflée. Depuis quinze jours, l'œdème des pieds a fait des progrès et a gagné jusqu'au genou ; celui de la face est devenu permanent.

Actuellement la face est d'une pâleur mate bouffie ; gonfle ment tremblottant des paupières et des joues. Les pieds et les mains sont œdématiés, violets et froids ; cet œdème forme

sur la face dorsale une véritable tumeur rénitente d'un bleu violacé; aux membres inférieurs l'œdème remonte jusqu'aux genoux. La sensibilité des extrémités est intacte. Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers, sans bruit anormal. Les urines sont claires, d'un jaune citrin, ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'enfant ne tousse pas; le murmure respiratoire est normal dans les deux poumons. Le ventre est gros, mais sans tension; il est peu douloureux à la pression. Trois à quatre selles en diarrhée liquide, verdâtre ou grisâtre, dans les vingt-quatre heures. L'enfant, qui aurait eu quelques vomissements ces jours derniers, boit aujourd'hui du lait avec avidité et ne vomit plus.

La diarrhée persiste les jours suivants, à raison de quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures. L'enfant s'affaiblit progressivement et meurt le 16 juin, sans avoir présenté aucun phénomène nouveau à noter.

AUTOPSIE faite trente-six heures après la mort. Le cerveau est ramolli par la putréfaction cadavérique; on n'y trouve pas de tubercules.

*Thorax.* — Pas d'adhérences pleurales. Un peu de congestion hypostatique des bords postérieurs. A la palpation on sent, vers la partie moyenne du lobe supérieur droit, un noyau dur, du volume d'une amande; sur une coupe, ce noyau dont le tissu plonge au fond de l'eau est d'un rouge sombre; au centre, on voit trois petits grains caséux gros comme des grains de chénevis, et, au pourtour de ces grains caséux, une dizaine de fines granulations grises, petites comme des têtes d'épingles. Dans l'épaisseur des deux lobes inférieurs on trouve trois noyaux semblables d'hépatisation entourant des petits amas caséux de la grosseur d'une lentille. Nulle part ailleurs dans le poumon il n'existe de tubercules. Les ganglions bronchiques ne sont pas augmentés de volume. Trois ou quatre seulement sont infiltrés de matière caséuse jaunâtre mais sans être plus gros que des pois. Un peu de sérosité dans le péricarde; le cœur est vide de sang; ses parois flasques; les valvules sont saines.

*Abdomen.* — Le foie est rougeâtre, semé de quelques plaques jaunes, sans augmentation de volume; pas de tubercules. La rate, à sa face convexe, est enveloppée de fausses membranes purulentes, verdâtres, molles; on ne trouve point cependant de tubercule sous la capsule, non plus que dans l'épaisseur de l'organe, dont le tissu est très-ferme. Même dureté anormale des reins; le volume est ordinaire, la surface lisse, la capsule s'enlève facilement, il n'y a pas de granulations tuberculeuses. La vessie et les organes génitaux ne présentent pas non plus de tubercules. Petite quantité de sérosité légèrement



louché dans la cavité péritonéale. Arborisation vasculaire et rougeur vive du mésentère. Les anses intestinales sont libres; à leur face externe de distance en distance, on voit de larges plaques violacées qui indiquent l'existence d'ulcérations de la muqueuse. Au-dessus du paquet intestinal, apparaît une masse bosselée, mamelonnée, du volume des deux poings, formé par les ganglions mésentériques caséifiés. Les ganglions sont distincts les uns des autres, gros comme des noix, des marrons, indurés, de couleur blanc-jaunâtre, quelques-uns présentent à leur surface des arborisations vasculaires,

*Tube digestif.* — Le pharynx et l'œsophage sont d'apparence normale. L'estomac est notablement dilaté, rempli de matières alimentaires liquides, grisâtres. La muqueuse est de couleur gris-blanchâtre, pâle, sans trace d'injection. Sept ulcérations sont disséminées à sa surface, deux au voisinage du cardia, rapprochées l'une de l'autre, trois espacées le long de la grande courbure, les deux dernières vers le pylore, sur le petit cul-de-sac. Les deux ulcérations voisines du cardia se touchent presque; ce sont les plus grandes, mais les moins profondes; l'une est arrondie et a la grandeur d'une pièce de vingt sous, l'autre est ovale et serait couverte par une amande; leur fond est blanc-grisâtre et ne paraît pas dépasser la muqueuse; les bords sont soulevés, saillants, formant de petits mamelons rougeâtres. Les trois ulcérations de la grande courbure sont plus petites; elles ont une apparence étoilée due à des replis froncés d'un rouge vif, formés par la muqueuse et rayonnant autour de l'ulcération comme centre; celle-ci est grisâtre, en entonnoir, profonde, paraissant creusée au delà de la muqueuse n'ayant pas d'ailleurs plus de cinq à six millimètres de diamètre. Les autres ulcérations situées au niveau du petit cul-de-sac ont à peu près l'étendue d'une pièce de 0,50 centimes; elles sont analogues aux deux premières et présentent les mêmes bords saillants et rougeâtres.

Tout l'intestin grêle, du duodénum à la valvule de Bauhin est semé de longues ulcérations transversales, occupant, les plus petites, la moitié de la circonférence, les plus grandes la presque totalité du pourtour de l'anse intestinale; leur longueur ne dépasse pas dix à quinze millimètres. Cette disposition transversale est surtout marquée dans le duodénum et le jéjunum. Dans l'iléon, les ulcérations s'arrondissent, deviennent ovalaires, sont aussi étendues en largeur qu'en longueur: quelques-unes sont longitudinales, et occupent les plaques de Peyer. Ce sont des ulcérations profondes, arrivant en général, jusqu'au péritoine; il suffit, au niveau de certaines, du moindre tiraillement pour produire la déchirure de l'intestin. Leur fond est gris-verdâtre tomenteux, semé de saillies rou-

géâtres ou noirâtres ; les bords sont déchiquetés, irréguliers, saillants, généralement colorés en rouge.

Dans le cœcum pas d'ulcération, non plus que dans le colon ; la muqueuse est seulement semée de quelques arborisations vasculaires. Mais dans le rectum, un peu au-dessous de l'S iliaque, on trouve encore une vaste ulcération de cinq à six centimètres de long sur deux de large, ayant le même aspect que les ulcérations de l'intestin grêle.

REMARQUES. — Cette observation peut être considérée comme un type de tuberculose locale, de phthisie gastro-intestinale avec carreau. Il n'existait, en effet, en dehors de l'estomac et de l'intestin, que quatre à cinq petites masses de granulations tuberculeuses dans les poumons ; cette poussée pulmonaire était évidemment de date récente et pourrait être attribuée à un commencement d'infection générale, mais en réalité c'est dans l'appareil digestif que la tuberculose a évolué tout entière. Les ulcérations intestinales se rapportent à la description classique des ulcères tuberculeux de l'intestin et n'offrent de spécial, dans le cas actuel, que leur étendue et leur nombre ; dans le jejunum elles étaient à peine séparées par six à sept centimètres de muqueuse saine. Le fait intéressant est l'existence des ulcérations stomacales. La tuberculose de l'estomac est en effet une rareté ; elle semble cependant moins rare chez l'enfant que chez l'adulte. Rilliet, et Barthez l'ont observé vingt et une fois sur cent quarante-un cas de lésions tuberculeuses du tube gastro-intestinal. D'autre part pourtant, M. le professeur Parrot, cité par Spillmann (23 avril 1878) n'a rencontré chez l'enfant qu'une seule fois un ulcère réellement tuberculeux de l'estomac.

*Examen microscopique par F. Balzer, préparateur au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.* — L'évolution des tubercules qui ont amené la formation de ces ulcérations présente la plus grande analogie avec celle des gros tubercules de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Nous les avons examinés, en différents points, à quelque distance de l'ulcération et au niveau de l'ulcération elle-même, et les coupes nous ont révélé à la fois l'existence des tubercules et d'une gastrite intense. Elles ont été examinées après durcissement dans l'alcool, la gomme saturée d'acide picrique, et l'alcool, et après coloration dans le picro-carminate d'ammoniaque.

Etudions d'abord le tubercule isolé de l'ulcération : à un faible grossissement, nous voyons d'abord sur les coupes une couche de mucus épaisse, remplie de cellules rondes et de cellules à pepsine ; au-dessous, la couche glandulaire qui est le siège d'une irritation extrêmement vive sur laquelle nous

reviendrons; et enfin, au-dessous de la couche glandulaire, dans le tissu conjonctif sous-muqueux et empiétant sur la bande de tissu musculaire, qui le sépare de la couche glandulaire, on voit le tubercule avec ses deux zones caractéristiques la zone centrale caséeuse et la zone périphérique embryonnaire. Celles-ci, du reste, sont loin d'occuper toute l'épaisseur de la couche sous-muqueuse et les deux tiers au moins de cette dernière sont respectés par l'altération, laquelle paraît avoir plus de tendances à s'étendre dans le sens de la largeur que dans celui de la profondeur. Ce fait s'explique facilement par la disposition des vaisseaux de l'estomac et par le siège des altérations dans leur voisinage. Le tubercule présente, en somme, la forme d'une lentille biconvexe, allongée parallèlement à la couche glandulaire; c'est au niveau du centre de cette lentille que les zones embryonnaires et caséeuses, et principalement cette dernière offrent leur plus grande épaisseur, et c'est aussi à ce niveau que l'irritation de la couche glandulaire est la plus marquée.

*Zone caséeuse.* — Elle forme une masse opaque et jaunâtre, surtout au centre des préparations, au milieu de laquelle on distingue vaguement la coupe des vaisseaux oblitérés. A un fort grossissement, on reconnaît que cette masse est formée de petites cellules devenues granuleuses, plongées au milieu d'un tissu réticulé à mailles larges, et dont le noyau se colore faiblement par le carmin : l'opacité est surtout intense autour des vaisseaux oblitérés, elle l'est beaucoup moins au voisinage de la zone embryonnaire où les cellules granuleuses restent pâles, réfringentes et se colorent moins fortement en jaune qu'au centre. L'agglomération de ces masses opaques au centre de la zone caséeuse, montre que ce gros tubercule s'est formé par suite de l'annexion successive d'un certain nombre de granulations. Comme nous l'avons vu, la bande de tissu musculaire sous-glandulaire est comprise dans l'épaisseur de la zone caséeuse. Elle a conservé en ce point son épaisseur et sa disposition normales, mais les fibres musculaires lisses sont profondément modifiées; elles ne se colorent plus en brun par le carmin et deviennent réfringentes et granuleuses, ainsi que leurs noyaux; elles finissent, dans certains points, par se confondre entièrement avec la masse centrale.

*Zone embryonnaire.* — Du côté de sa face profonde, le tubercule est enveloppé d'une ceinture de cellules embryonnaires fortement colorées par le carmin. Cette ceinture est continue, mais d'inégale épaisseur : les cellules se groupent autour des artères de la couche sous muqueuse et forment des amas plus ou moins régulièrement arrondis, entre lesquels les cellules embryonnaires s'infiltrèrent dans les espaces qui séparent les

faisceaux de tissu conjonctif. Les vaisseaux sont comprimés par des cellules embryonnaires; leurs éléments enirent en prolifération, principalement ceux de la tunique interne, et leur oblitération est déjà complète en différents points. Nous avons vainement recherché les cellules géantes sur les diverses préparations que nous avons faites; sur une seule, nous avons aperçu dans la zone claire et granuleuse qui sépare les masses caséuses opaques de la zone embryonnaire, un groupe de cellules rondes formant un croissant, mais rappelant trop vaguement la disposition caractéristique des cellules géantes, pour que nous puissions lui donner ce nom.

*Zone péri-tuberculeuse.* — Dans cette zone, au contraire, il existe des éléments qui ont mieux l'aspect des cellules géantes, et qu'on rencontre dans la couche glandulaire de la muqueuse, dans le voisinage de la zone embryonnaire. Toute la couche glandulaire est d'ailleurs le siège d'une irritation très-vive que nous avons retrouvée à une grande distance des tubercules. On voit autour des vaisseaux qui rampent entre les culs-de-sac glandulaires et la couche musculaire de la muqueuse, des amas et des traînées de cellules embryonnaires plus ou moins abondantes, qui envoient des prolongements d'épaisseur variable entre les glandes jusqu'au niveau de leurs orifices, où la présence d'une couche épaisse de mucus remplie de jeunes cellules témoigne encore de l'intensité de l'irritation de la muqueuse. Cette irritation est d'autant plus vive qu'on étudie des points plus rapprochés du tubercule. Les glandes à peu près saines partout ailleurs présentent là des altérations spéciales, marquées surtout au niveau des culs-de-sac: leurs cellules sont multipliées, leurs noyaux se colorent fortement par le carmin, elles paraissent adhérer intimement les unes aux autres, et on les voit souvent former des plaques qui ont, à s'y méprendre, l'aspect des cellules géantes, réunies par une masse protoplasmique jaunâtre et granuleuse, tandis que les noyaux forment une couronne à la périphérie. Mais il faut dire que ces plaques sont situées loin de la zone caséuse, au milieu de la zone de prolifération embryonnaire, et de plus qu'on voit à leur pourtour la membrane propre du cul de sac glandulaire. Quoiqu'il en soit, l'existence de cette altération est à signaler: elle se rapproche évidemment des plaques à noyaux multiples que M. Grancher a décrites dans la tuberculose pulmonaire. (Arch. de Phy. 1878, t. v, p. 38), et auxquelles il n'hésite pas à donner le nom de cellules géantes. Au-dessous de la couche musculuse de la muqueuse dont les altérations ont été déjà signalées, on voit de grands espaces allongés remplis de cellules volumineuses renfermant souvent plusieurs noyaux dont le protoplasma se colore fortement en

jaune et qui proviennent sans doute d'une multiplication exagérée de l'endothélium de ces espaces.

Dans la couche sous-muqueuse l'irritation pérituberculeuse est beaucoup moins étendue que dans la couche glandulaire; les cellules embryonnaires s'étendent à une certaine distance entre les faisceaux de tissu conjonctif, mais la moitié inférieure de la couche sous-muqueuse reste absolument saine.

Nous retrouvons dans une seconde série de coupes faites au niveau de l'ulcération, les diverses altérations que nous venons d'étudier. Observée à l'aide d'un faible grossissement, elle offre la forme d'un entonnoir très-évasé dont le sommet s'ouvre à la surface libre de la muqueuse, tandis que sa base se prolonge au-dessous de la muqueuse décollée. C'est elle qui forme à elle seule les bords de l'ouverture sur lesquels on voit la section de la bande de tissu musculaire lisse sous-glandulaire. Le fond de l'ulcère est constitué par les débris de la zone caséuse encore assez épaisse. A la périphérie de celle-ci, on voit la zone embryonnaire et la zone pérituberculeuse qui se présentent avec les caractères que nous avons décrits à propos du tubercule isolé, les mêmes altérations des vaisseaux et du tissu conjonctif; la zone embryonnaire circonscrit tout le pourtour de l'ulcère et vient se terminer sur les bords de l'ouverture. L'examen à un plus fort grossissement révèle dans les différentes zones des lésions qui ne diffèrent de celles que nous avons signalées que par leur étendue et leur intensité.

Le processus qui conduit au développement de cette ulcération peut donc se résumer de la façon suivante : formation d'un gros tubercule par l'annexion de granulations développées autour des vaisseaux sous-glandulaires et sous-muqueux. Caséification du centre de ce tubercule progressant vers la périphérie et enfin, élimination des produits caséux à la surface de la muqueuse ulcérée. La destruction de celle-ci est favorisée à la fois et par l'extension de la zone embryonnaire qui l'envahit peu à peu, et par les troubles de nutrition qui succèdent à l'oblitération des vaisseaux sous-muqueux. Du reste, les altérations s'étendent à une grande partie de la muqueuse gastrique, et les infiltrations de cellules embryonnaires qui existent autour des vaisseaux et des glandes doivent être rapportées à une véritable gastrite tuberculeuse et considérées comme une première étape du processus précédent la formation des granulations tuberculeuses de l'agglomération desquelles doivent naître les gros tubercules.

*Le Secrétaire,*

LETULLE.

## JUILLET

*Séance du 3 juillet 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

I. M. REDARD, présente un lymphadénôme de la conjonctive.  
(L'observation n'a pas été remise.)

**1. Tumeur périoculaire. Lymphadénôme.** Note additionnelle à la présentation de M. REDARD, faite le 10 juillet 1878, par E. CHAMBARD, répétiteur au Collège de France.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen histologique d'une pièce qui lui a été présentée dans la séance du 3 juillet, par mon collègue M. Redard, sous le nom de sarcôme de la conjonctive.

Cette tumeur, qui provient du service de M. le professeur VERNEUIL, entourait complètement le globe oculaire à la manière d'une bague dont le chaton se serait trouvé tourné en dehors. Lisse extérieurement, elle adhérerait assez fortement par sa face profonde à la sclérotique, sans l'avoir cependant envahie. En arrière, elle s'arrêtait en s'amincissant progressivement au niveau du point d'entrée du nerf optique, dont la section transversale paraissait exempte d'altération; en avant, elle formait autour de la cornée un bourrelet saillant dont l'aspect rappelait celui d'un chémosis qui eût acquis d'énormes dimensions.

A la surface du ligament antérieur de la tumeur, rampent quelques ramifications vasculaires moyennement distendues.

Une coupe faite selon l'équateur de l'œil, divise à la fois le globe oculaire et la masse pathologique dont il est entouré. Les enveloppes de l'œil et ses milieux sont absolument sains, à

peine observe-t-on une légère hyperémie choroïdienne. La transparence de l'humeur vitrée est parfaite. La sclérotique, bien que directement en rapport avec la tumeur, est également exempte d'altération. Lorsque par dissection, on l'a séparée de la masse morbide qui l'entoure, sa face externe présente son aspect lisse et poli habituel. La tumeur est revêtue par une mince membrane fibreuse qui, dans la partie antérieure est lisse, vasculaire et a tous les caractères de la conjonctive bulbaire : toute sa masse est constituée par un tissu blanc, mou, légèrement translucide, dont la surface de section est humide et brillante et qui, par le râclage, donne facilement un suc lactescent peu épais et entièrement miscible à l'eau. L'aspect et les caractères organoleptiques de ce tissu le rendent semblable à celui de certains sarcomes globo-cellulaires à petites cellules, et expliquent parfaitement le diagnostic porté par le chirurgien.

L'examen microscopique de cette pièce a porté sur des fragments durcis par macération successive dans l'alcool, la gomme et l'alcool, selon le procédé habituellement en usage au laboratoire d'histologie du Collège de France; les coupes ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine picro-carminée.

Sur ces coupes et en s'aidant de l'action du pinceau, on voit facilement que la composition de la masse pathologique est partout la même: elle consiste en un réticulum conjonctif dont les plus grosses travées supportent des vaisseaux et dont les mailles sont bourrées de petites cellules sphériques. L'étude des caractères et des rapports réciproques de ces cellules, de ce réticulum et de ces vaisseaux nous conduira au diagnostic histologique de la tumeur soumise à notre examen.

Les cellules que nous avons étudiées aussi dans le suc lactescent obtenu par râclage et, par conséquent à l'état frais, sont petites, d'environ 10  $\mu$ , sphériques et formées d'un noyau sphérique, vésiculeux, entouré d'une mince couche de protoplasma. Elles sont toutes semblables entre elles, c'est là un caractère d'une certaine importance, sous le rapport de la forme et du volume. Ces éléments sont en tout point semblables à ceux que l'on rencontre dans le tissu réticulé des organes lymphatiques et dans les lymphadénomes à petites cellules. Ils ne présentent ni les variétés de volume ni les variétés de forme des éléments cellulaires que l'on rencontre dans les tumeurs sarcomateuses.

Le stroma de la tumeur est formé par du tissu conjonctif réticulé dont les fibrilles fines, à bords nets, douées d'une réfringence spéciale, s'entrecroisent dans différentes directions et limitent des mailles étroites et de forme irrégulière. A la

surface de ces fibrilles et principalement aux points de croisement, on rencontre des cellules plates du tissu conjonctif. Ces caractères du stroma le rendent semblable au stroma des glandes lymphatiques et des lymphadénomes. On ne rencontre nulle part, sur les coupes, des vaisseaux pourvus de parois embryonnaires ou sans parois propres comme ceux dont la présence est la meilleure caractéristique des sarcomes. On isole, au contraire, par le pinceau des vaisseaux complètement développés dont les parois donnent insertion aux fibrilles du réticulum. Dans les points où l'action du pinceau a été un peu trop vive ces prolongements sont rompus et le vaisseau a l'aspect d'un petit bâton épineux. Cet aspect est également la caractéristique des vaisseaux des tissus lymphatiques normaux ou pathologiques complètement développés.

Nous pouvons donc conclure de cet ensemble de caractères que la tumeur que nous avons sous les yeux est un lymphadénome dont le point de départ paraît être dans les séreuses qui entourent presque de toutes parts le globe oculaire, notamment dans celle qui se trouve située au niveau du ligament antérieur de l'œil entre la face profonde de la conjonctive et la face externe de la sclérotique.

**2. Hémorrhagie intra-péritonéale chez une femme enceinte de huit mois et demi. Mort subite. Opération césarienne. Extraction d'un enfant vivant;** par Charles MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Marie Philippe, âgée de 32 ans, chapelière, entre le 3 mai à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. FÉRÉOL. Cette malade travaille depuis plus de vingt années à la fabrication des chapeaux, et vit constamment exposée à l'absorption mercurielle. Elle présente des signes manifestes d'intoxication : tremblement généralisé excessif; la voix même est chevrotante; gingivite, décollement et suppuration des gencives, chute des dents, etc... Ces accidents remontent à une date très-ancienne et la malade a été forcée de quitter son atelier à plusieurs reprises, toutefois c'est surtout depuis dix-huit mois que les symptômes présentent cette intensité. Il n'existe aucun antécédent syphilitique, alcoolique ou paludéen. Cette femme a eu, il y a dix ans, une première grossesse qui est arrivée à terme; l'enfant est mort quelques mois après sa naissance. Actuellement, elle est enceinte pour la seconde fois; la grossesse remonte à sept mois environ; on constate que l'enfant est vivant; mais les battements du cœur sont faibles.

Pendant son séjour à l'hôpital, sous l'influence d'un traite-



ment par les toniques, l'iodure de potassium et les bains sulfureux, le tremblement mercuriel diminue, l'état des gencives s'améliore... Mais il survient un œdème considérable des membres inférieurs qui s'étend jusqu'à la paroi abdominale; en même temps, existe un peu d'ascite; les urines ne contiennent pas d'albumine. L'examen des différents organes ne fait rien constater de particulier.

Le 15 juin, à six heures du soir, étant de garde, nous sommes appelés auprès de cette malade et nous assistons à une syncope qui se termine presque immédiatement par la mort. L'enfant est vivant, ainsi que l'indique l'auscultation; les battements du cœur sont très-nets et bien frappés. Le toucher vaginal permet de constater un col ayant encore toute sa longueur, dans lequel pénètre la pulpe de l'index assez facilement; l'orifice interne est à peine entr'ouvert; mais il est impossible de le dilater, cette opération demanderait évidemment beaucoup de temps, et les battements du cœur du fœtus devenant plus lents, nous pratiquons l'opération césarienne dix minutes environ après la mort de la mère. A peine la cavité péritonéale est-elle ouverte, qu'il s'en échappe des flots de sang mélangé à de la sérosité, en même temps que des caillots nombreux. L'utérus est ouvert sur la ligne médiane, et on en retire un enfant du sexe masculin, dont le cœur bat encore, mais qu'on est obligé d'insuffler pendant une heure et demie pour le ramener complètement à la vie.

L'autopsie est faite dès le lendemain matin. Les organes thoraciques sont sains : *le cœur est en syncope*, il ne contient pas une goutte de sang : le ventricule droit est aplati, affaissé, ses parois sont accolées, le ventricule gauche est revenu sur lui-même, rétracté, de sorte que sa cavité ne représente qu'une simple fente longitudinale, ses parois sont un peu hypertrophiées.

La cavité abdominale est remplie de sang et de caillots. A première vue, on est frappé du volume excessif de la rate et de la petitesse du foie. La rate pèse environ 1,500 grammes, le foie 900 grammes. La veine splénique est très-dilatée; au niveau du hile de la rate, elle se bifurque; une branche suit le trajet normal de la veine splénique; l'autre énormément dilatée, va s'anastomoser en passant derrière l'estomac avec la veine émulgente du côté droit.

Cette dernière est énorme, et elle reçoit la veine utéro-ovarienne droite, elle-même très-dilatée.

Les parois de ces veines sont en même temps très-amincies par places; il existe un point, sur le trajet de l'anastomose considérable entre la veine rénale droite et la veine splénique, où la paroi veineuse est épaissie; il y a là comme une bride

saillante qui entoure une partie très-mince, perforée à son centre, par où a dû se faire très-probablement l'hémorrhagie.

Un caillot volumineux récent, cruorique, occupe toute l'arrière cavité des épiploons, entre la face postérieure de l'estomac et le pancréas, et englobe les veines sus-dites.

La veine rénale gauche a son volume ordinaire et ne présente aucune anastomose anormale. La veine cave inférieure a aussi son calibre normal et n'est point comprimée dans son passage au niveau du bord postérieur du foie. — L'examen microscopique du foie fait par M. Ch. Sabourin, a montré contrairement à ce qu'on pouvait supposer, qu'il n'y a pas de cirrhose; le tissu de la rate est lui-même normal, et ne présente que de l'hypertrophie simple. Enfin les reins sont parfaitement sains.

En résumé, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres. 1° Au point de vue de la grossesse arrivant à terme chez une femme atteinte d'intoxication mercurielle chronique.

2° Par le fait même de l'opération césarienne, qui, faite dix minutes après la mort, alors que la dilatation immédiate du col était impossible, a permis d'amener au monde un enfant vivant.

3° Enfin par le volume excessif de la rate et la présence des veinosités intra-abdominales qui ont amené une hémorrhagie foudroyante, soit par rupture mécanique, soit par altération des parois veineuses; l'absence de tout obstacle à la circulation de la veine-porte et de la veine-cave inférieure, rend très-obscur la pathogénie de ces dilatations veineuses; peut-être pourrait-on les rattacher uniquement au fait même de la grossesse.

**3. Carcinome encéphaloïde des ganglions mésentériques, du poulmon et des ganglions bronchiques. — Fonction de tumeur abdominale prise pour un abcès du foie; par VERMEIL, interne des hôpitaux.**

B..., Anne, 29 ans, couturière, entrée le 2 mai 1878, salle Notre-Dame, n° 38, service de M. Gombault.

La mère de notre malade est à la Salpêtrière, elle a, dit-on, une tumeur cérébrale; le père est mort tuberculeux. Anne

- B... a eu dans son enfance divers accidents strumeux: adenites, conjonclivites, impetigo. Elle a toujours été sujette aux angines et aux bronchites. Il y a trois ans, elle eut une pneumonie avec ictère. Elle était bien guérie et jouissait depuis 1875 d'une assez bonne santé, quand, dans les premiers mois de 1878, elle commença à ressentir de violentes douleurs

dans le côté droit de l'abdomen, douleurs lancinantes, survenant par crises et irradiant vers l'hypogastre, mais non vers l'épaule droite. Ces crises douloureuses duraient cinq ou six heures et étaient d'abord assez éloignées. Depuis le commencement d'avril, elles sont devenues plus fréquentes et s'accompagnent de vomissements bilieux et alimentaires. Dans l'intervalle des accès les digestions se font bien.

Enfin le 2 mai, après un accès extrêmement violent, ayant duré environ douze heures, et suivi de vomissements bilieux très-abondants, la malade se décide à entrer à l'hôpital. Elle n'a pas de fièvre. Elle vomit encore de la bile et n'a pu supporter, depuis deux jours, aucun aliment. La douleur spontanée a cessé, mais elle est réveillée par la pression du côté droit de l'abdomen. Une légère métrorrhagie, survenue pendant l'accès, ayant attiré l'attention du côté de l'utérus, on pratique le toucher. Les culs-de-sac sont libres, non douloureux ; le col lisse, légèrement entrouvert. L'utérus est mobile, mais les mouvements qu'on lui imprime déterminent une douleur sourde irradiant vers l'hypochondre droit. En somme, c'est la région hépatique qui est le point de départ et le siège du maximum des douleurs ; aussi, malgré l'absence d'irradiation vers l'épaule droite, porte-t-on le diagnostic de coliques hépatiques. Le foie, à la percussion, paraît augmenté de volume ; sa matité présente une hauteur de 10 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Les urines, traitées par l'acide nitrique, prennent une légère teinte verdâtre. Pas de précipités.

L'examen du cœur et de la poitrine ne dénote rien d'anormal.

Le 3 mai, coloration ictérique des sclérotiques. La malade est constipée depuis environ huit jours. Purgatif. Eau de Vichy. Cataplasmes laudanisés. Plus de vomissements. La pression de la région hépatique détermine encore une douleur sourde, contusive.

Les jours suivants, la malade continue à avoir tous les cinq ou six jours des accès douloureux d'intensité variable, présentant toujours les mêmes caractères que celui que nous avons décrit, et toujours suivis de l'apparition d'une teinte ictérique qui diminue ensuite. Dans l'intervalle des accès les vomissements alimentaires deviennent plus fréquents, la malade ne supporte guère que des bouillons et des potages.

26 mai. — Depuis quelques jours, la malade croit sentir quelque chose de dur au creux épigastrique. En effet, en palpant cette région, on trouve au-dessous de l'appendice xyphoïde une tumeur rénitente, assez large, sans adhérences avec la paroi abdominale et semblant tenir au bord tranchant ou à la face inférieure du foie.

Les jours suivants la tumeur augmente rapidement de volume et s'applique contre la paroi abdominale toujours mobile au-devant d'elle. Sa rénitence élastique donne l'idée d'une poche kystique fortement distendue. Elle est globuleuse, douloureuse à la pression. La teinte ictérique de la peau et des sclérotiques est un peu plus prononcée. La malade ne peut plus supporter aucun aliment solide ni liquide : elle vomit même sa potion de Todd et sa potion de Rivière ; on ne la nourrit qu'avec des lavements de bouillon et de vin. Elle a beaucoup maigri depuis quelques jours.

Le 5 juin, la tumeur ayant encore augmenté, on fait une ponction exploratrice avec l'aspirateur. Il ne sort que quelques gouttes de sang et 2 ou 3 grumeaux blanchâtres ressemblant à du pus concrété. L'aiguille semble se mouvoir librement dans une cavité qui s'étendrait sous les fausses côtes droites.

Convaincu qu'il s'agit d'un abcès déterminé par un calcul expulsé des canaux biliaires par une voie anormale, M. Gombault se décide à ouvrir cette poche par la méthode de Récamier. On fait une première application de caustique le 7 juin, une deuxième le 12, une troisième le 23. Les vomissements persistent ; la malade est arrivée au dernier degré de l'émaciation. De violentes douleurs dans l'hypochondre droit se montrent par accès tous les deux jours environ, toujours suivies d'une augmentation de la teinte ictérique de la peau. On sent maintenant au-dessus de la clavicule gauche une petite tumeur arrondie, fluctuante comme un ganglion ramolli.

Le 26 juin, M. Gombault plonge la lame d'un bistouri dans le fond de l'eschare. Il sort lentement quelques gouttes de sang mêlé à du pus concrété. Cependant, une sonde cannelée, enfoncée dans l'orifice se meut librement comme dans une poche assez vaste et est poussée sans difficulté vers l'hypochondre droit, jusqu'à une distance de 0,05 cm. environ. On met une petite mèche dans la plaie.

Le soir : pas de fièvre ; les vomissements ont continué.

27 juin. Pas de fièvre. La malade n'a pas eu de frisson, mais elle accuse un malaise général indéfinissable ; la face est grippée, anxieuse. La mèche est imbibée d'un pus très-fétide. Pendant le pansement, il sort très-peu de pus de la poche dans laquelle le stylet se meut toujours aussi librement. Dans le pus, examiné au microscope, on ne trouve que des leucocytes.

Mort le 28, à 6 heures du matin.

AUTOPSIE. — Après avoir incisé l'eschare on voit que les cautérisations n'avaient pas déterminé d'adhérences péritonéales et que l'incision n'a pu pénétrer directement dans la

tumeur. En effet, tout à fait contre la paroi abdominale se trouve le duodénum comprimé et aplati par une tumeur qui ne fait pas partie de ses parois et qui est située derrière le péritoine. Ce n'est qu'en traversant le duodénum de part en part, qu'on a pu avec le trocart et le bistouri pénétrer dans la tumeur. — On voit du reste, encore les points par lesquels ont pu pénétrer ces divers instruments. L'estomac fortement dilaté est refoulé entièrement dans l'hypochondre gauche. Il contient une assez grande quantité de liquide brunâtre non sanguin.

Ses parois sont saines. Le pylore est appliqué contre la paroi abdominale, contre le creux épigastrique ainsi que la première portion du duodénum mécaniquement aplati, mais ses parois sont saines et n'ont contracté aucune adhérence avec la tumeur qu'il a simplement repoussé. Le reste de l'intestin ne présente rien d'anormal. — Le pancréas devenu très superficiel par suite de changement de rapports du duodénum est sain et de volume normal.

On voit que le foie présente volume et aspect normaux. En soulevant le bord tranchant on voit la vésicule fortement distendue présentant une longueur de plus de 10 cent. La bile peut s'écouler dans le duodénum; mais elle ne peut pas passer dans le reste de l'intestin et reflue vers l'estomac. Les canaux cystique hépatique, cholédoque, légèrement dilatés sont perméables. — L'embouchure du cholédoque est comprimée par la tumeur comme le duodénum lui-même. La vésicule ni les gros canaux biliaires ne contiennent aucun calcul. Le parenchyme hépatique est jaune; il graisse légèrement le couteau et paraît, de plus, imprégné par la matière colorante de la bile. Volume et consistance normale. Il ne présente aucune adhérence avec la tumeur. Celle-ci est située au-dessous du hile du foie, et occupe tout l'espace compris entre le creux épigastrique et l'insertion des piliers du diaphragme, sa face antérieure est tapissée par le péritoine qui ne présente nulle part aucune trace d'inflammation ni de dégénérescence quelconque. — A ce niveau, elle adhère aux muscles et au tissu cellulaire prévertébraux.

La rate et le rein gauche ne présentent rien d'anormal. — Le rein droit est légèrement repoussé en dehors. L'uretère droit traverse la tumeur dans laquelle il se trouve englobé: l'utérus ne présente rien de particulier. Les ovaires sont volumineux et inégaux surtout le droit.

*Tumeur.* — La tumeur n'est donc développée aux dépens d'aucun des organes principaux de l'abdomen; elle n'est pas intrapéritonéale. Elle semble s'être développée au niveau de l'insertion supérieure du mésentère et probablement aux

dépens de ganglions mésentériques. Elle présente le volume et la forme d'une tête de fœtus à terme. Elle est molle, fluctuante (pseudo fluctuation).

Le péritoine qui la recouvre est lisse, présente sa coloration normale. Il n'est rouge qu'aux points correspondants aux ponctions. La tumeur a repoussé en avant le pylore, le duodénum, le pancréas ainsi que l'épiploon gastro-hépatique, comprimant ces organes sans contracter d'adhérences avec eux. Elle est traversée par l'aorte et la veine cave. Elle englobe à sa partie inférieure l'uretère du côté droit, l'artère et la veine renales du même côté. En arrière elle semble adhérer au corps des dernières vertèbres dorsales et ses adhérences se prolongent jusque vers la quatrième lombaire, la tumeur envoyant un prolongement fusiforme qui entoure la veine cave jusqu'à sa bifurcation et qui occupe l'intervalle des deux lames du mésentère à son insertion.

Il est impossible de retrouver dans la tumeur les ganglions mésentériques profonds qui semblent en être le point de départ. — La consistance de la tumeur est celle de l'encéphaloïde ; elle s'écrase sous les doigts à tel point qu'il est impossible de l'enlever sans la déchirer, surtout à la partie postérieure. — La veine cave, prolongée dans le tissu encéphaloïde depuis sa sortie du foie, jusqu'à sa bifurcation, est distendue et remplie de caillots rougeâtres, mous, présentant la consistance de la tumeur elle-même, et se continuant dans ses branches. Dans la veine porte on trouve des caillots fibrineux ancs beaucoup plus résistants.

Dans les deux poumons, principalement dans le gauche, non-seulement au niveau du hile mais dans l'épaisseur du parenchyme, près du bord, à la base, on trouve des noyaux formés d'une matière blanchâtre, molle de même aspect et de même consistance que la tumeur abdominale du volume d'une noix à celui d'une noisette.

Un des ganglions de la chaîne carotidienne, au-dessus de la clavicule gauche observé pendant la vie, présente la même dégénérescence ; la parenchyme est remplacé par une substance grisâtre semi liquide. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

M. HERBELIN, présente un cas de *perforation de la vésicule biliaire* ayant donné lieu à des symptômes d'étranglement interne.

M. BULTEAU fait remarquer que dans un cas de ce genre l'élévation de la température aurait peut être dû faire écarter l'idée d'une intervention chirurgicale. Le diagnostic entre la

péritonite par perforation et l'étranglement interne souvent difficile peut être fait par l'étude de la température.

**4. Cirrhose annulaire du foie, sans atrophie, chez un enfant de six ans; par PETEL, interne des hôpitaux.**

Lem.... Joseph, âgé de six ans, entre le 14 mai 1878, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. Archambault. Voici en abrégé l'histoire de l'affection dont l'intérêt principal résulte de l'âge du malade, et dont la marche a été rapide, puisque la mort est survenue deux mois et demi après le début des accidents. Lorsque cet enfant entra à l'hôpital, il était malade depuis un mois d'une fièvre de nature indéterminée et c'est pendant la convalescence de cette fièvre, vers le 7 mai, que le ventre a commencé à enfler.

Une ascite considérable d'abord, puis l'œdème des extrémités inférieures et du scrotum furent les seuls phénomènes observés, — pas d'ictère. — Il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines, et l'on put rejeter l'hypothèse d'une lésion rénale. — On éloigna également l'idée d'une affection tuberculeuse du péritoine; il n'existait aucune fièvre vespérale, aucune lésion pulmonaire; pas de vomissements; enfin, l'examen du ventre, après la ponction, ne fit jamais reconnaître de bosselures. M. Archambault s'arrêta donc à l'idée d'une cirrhose, bien que, cependant, il fût difficile d'apprécier d'une manière exacte le volume du foie; la matité due à la présence de cet organe avait encore une certaine hauteur et l'on pouvait sentir le lobe gauche à l'épigastre.

Il a été impossible de préciser la cause de la maladie.

Mort le 21 juin. Après trois ponctions de l'ascite.

**AUTOPSIE.** — *Foie.* — Sa forme générale est conservée, mais sa surface est granuleuse. — Il ne paraît pas diminué de volume et pèse 660 grammes. — Ses principaux diamètres sont les suivants :

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Diamètre transversal .....       | 0 <sup>m</sup> 17 cent. |
| Id. vertical du lobe droit ..... | 0 14                    |
| Id. Id. du lobe gauche .....     | 0 11                    |
| Épaisseur du lobe droit .....    | 0 065 millim.           |

Quelques adhérences anciennes de la face convexe du foie avec le diaphragme. Le foie présente une couleur jaune sale; sur une coupe, on voit, à l'œil nu, les lobules faisant relief et séparés par des anneaux de tissu conjonctif. Le tissu du foie est dur, ne se laisse pas pénétrer par le doigt, crie sous le

scalpel. L'examen microscopique a montré les lésions de la cirrhose annulaire.

*Rate.* — Augmentée de volume, pèse 135 grammes. Elle est molle, diffuente. La capsule présente quelques taches blanches.

Rien à noter du côté des reins ou des poumons.

**RÉFLEXIONS.** — La cirrhose du foie est rare chez l'enfant : Rilliet et Barthez ne consacrent que quelques lignes à cette affection, qu'ils ont observée quatre fois. — Frerichs cite un cas de 10 à 20 ans. — M. Rendu, à l'article cirrhose du dictionnaire Dechambre, fait mention de six cas appartenant à différents auteurs et observés au-dessus de 8 ans.

Pour connaître d'une façon précise si le foie et la rate étaient augmentés ou diminués de volume, il fallait connaître le poids moyen de ces organes chez l'enfant ; nous n'avons pas trouvé dans les traités d'anatomie d'indications sur ce sujet. Le poids de ces organes chez trois enfants âgés de quatre à six ans et morts de diphthérie, oscillait pour le foie entre 410 et 640 grammes ; pour la rate, entre 45 et 48 grammes. — Sans vouloir conclure, d'après un si petit nombre de faits, je crois cependant qu'on peut admettre que dans ce cas de cirrhose chez l'enfant, le foie n'était pas atrophie.

M. PETEL présente ensuite un cas de *tuberculose cérébrale*.

**5. Cirrhose alcoolique. — Syphilis. — Athérome. — Péritonite chronique ;** par Gustave L. Yvon, externe des hopitaux.

Le nommé Viollat Pierre, 56 ans, cocher, entré le 28 mars 1878 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Eloi, (service de M. CONSTANTIN PAUL). Malade depuis deux mois environ, a fait de nombreux excès jadis. Il a contracté il y a six mois la syphilis pour laquelle il est resté en traitement pendant quinze jours à l'hôpital du Midi. — A ce moment on s'est aperçu de son ascite. A son entrée, l'ascite est peu considérable, le foie petit est facilement senti au-dessous de l'appendice xyphoïde qui fait une saillie notable en avant. Artères athéromateuses, souffle doux au cœur, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal droit, ce qui indique un athérome de l'aorte. Rien à la pointe. Inappétence, régime lacté.

15 *avril*. — Le malade s'est trouvé assez bien pendant les quinze jours qui ont suivi son entrée. Mais il est fatigué de l'usage du lait. L'ascite a reparu. Une ponction donne issue à 13 litres de liquide citrin, albumineux.

24 *juin*. — Depuis quelques jours, la face dorsale des mains est le siège de larges taches pétéchiales, le malade saigne facilement du nez et s'affaiblit notablement. On supprime le sirop



de Gibert auquel on avait remis le malade il y a environ quinze jours.

27 juin. — Le malade s'affaiblit beaucoup et ne mange plus.

28 juin. — Affaiblissement de plus en plus considérable. Il survient un peu de délire qui oblige à mettre la camisole de force. Meurt dans la soirée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, écoulement de liquide ascitique. Le péritoine est le siège de lésions qui indiquent l'existence d'une péritonite chronique. Le feuillet du grand épiploon est épaissi et adhère, mais lâchement, à la paroi abdominale antérieure. Le péritoine pariétal épaissi également, peu adhérent, est le siège d'un piqueté hémorragique. Le mésentère est considérablement épaissi et renferme des granulations que l'on ne peut rapporter à la diathèse tuberculeuse, puisque les organes qui sont le siège de prédilection de cette affection, sont indemnes de toute lésion de cette nature. — Sur toute l'étendue du gros intestin, on remarque des appendices épiploïques volumineux durs et rétractés. — La grande faux du péritoine et le ligament suspenseur du foie sont le siège d'un épaississement notable.

Le foie est petit, ayant une consistance un peu ferme ; à la coupe il offre une coloration jaune verdâtre. La vésicule biliaire décolorée présente une teinte grisâtre. Foie : 925 gr.

La rate est augmentée de volume, poids : 295 gr. ; reins légèrement sclérosés ; rein droit : 160 gr. ; rein gauche : 165 gr. Les poumons sont le siège d'une infiltration sanguine considérable, les morceaux ne surnagent pas.

*L'examen histologique* fait par M. Letulle au laboratoire de Clamart, a montré les détails suivants :

Le péritoine pariétal est considérablement épaissi dans toute son étendue, principalement au niveau de la paroi abdominale antérieure. Sur les coupes on trouve que la séreuse est constituée par des tractus fibreux très-serrés, au milieu desquels est infiltrée une quantité considérable d'éléments embryonnaires fortement colorés en rouge par le picro-carmin.

Ces éléments embryonnaires sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche de la surface péritonéale. Au milieu de ces cellules rampent quelques vaisseaux capillaires. En aucun point les vaisseaux ne paraissent oblitérés, et nulle part on ne peut constater que les éléments soient groupés en flots arrondis rappelant de loin les granulations tuberculeuses.

Le tissu cellulo-adipeux sous péritonéal est plus dense, plus vasculaire qu'à l'état normal. Sur les coupes on aperçoit des traînées d'éléments embryonnaires qui circonscrivent en tous sens les lobules adipeux.

L'aspect est le même pour l'épiploon et pour les franges épiploïques ratatinées et dures. Il existe un épaississement considérable de la séreuse à ce niveau, et la couche la plus superficielle du péritoine viscéral, est comme infiltrée de cellules embryonnaires très-serrées les unes entre les autres. Les cellules adipeuses sous séreuses sont petites et largement séparées par des tractus de tissu conjonctif presque exclusivement constitué par des cellules embryonnaires.

En résumé, il s'agit d'une péritonite chronique diffuse simple ayant épaissi notablement les feuillets de la séreuse, et enflammé la couche sous-péritonéale. Il nous a été impossible de retrouver sur les coupes (après durcissement alcool), les granulations petites et fibreuses qu'on voyait sur la pièce fraîche.

M. LEROUX présente un cas de *cancer du rein*.

M. BRISSAUD présente le cerveau d'une femme *aphasique*. Il existe une tumeur développée au niveau de la corne antérieure du lobe sphénoïdal gauche.

#### Elections

M. LETULLE est nommé secrétaire en remplacement de M. PITRES, démissionnaire.

M. PITRES est nommé membre honoraire.

M. BALZER, est nommé membre titulaire.

MM. COSSY, KIRMISSON, MARTIN, MAYOR, sont nommés membres adjoints.

MM. MALASSEZ, RENDU, BUDIN, DURET, BERGER, sont nommés membres de la Commission pour le prix Godard.

*Le Secrétaire,*

LETULLE.

---

Séance du 12 juillet 1878.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. CASTEX, présente 1° un cas de *pseudo-leucémie* développée chez un homme de 50 ans. A l'autopsie on trouva des tumeurs ganglionnaires multiples. La rate pèse 5 livres; les amygdales sont énormes. Le foie est normal.

2° Une observation d'*abcès du larynx* ayant nécessité la trachéotomie. Mort 10 jours après l'opération par hémoptysie foudroyante. A l'autopsie abcès péri-laryngien. Il s'agit d'une sorte de phthisie laryngée secondaire. Tubercules pulmonaires.

M. AVEZOU présente les pièces provenant d'une autopsie de *fracture de la rotule*. Le malade est mort de pneumonie alcoolique.

L'articulation du genou est vide; mais il existe un vaste épanchement périarticulaire. L'épanchement sanguin intra-articulaire a donc été résorbé bien rapidement, si tant est qu'il se soit produit; l'autopsie en effet a été faite 7 jours après l'accident.

M. H. DE BOYER, montre un certain nombre de dessin schématiques relatifs à la question *des localisations corticales* dans le cours des méningites chroniques. — Les lésions ne sont pas toujours disséminées sans ordre, elles affectent même souvent des relations importantes avec les territoires vasculaires. C'est ainsi que dans la *paralysie générale avec ataxie* on observerait des adhérences des méninges surtout au niveau de la cérébrale antérieure et des deux temporales, parfois même sur les circonvolutions de l'insula. Dans aucune de ces observations on n'a noté de symptômes moteurs.

D'autres planches détaillées appartenant à des cas de paralysie agitante, d'épilepsie, de paralysie générale sont montrées par M. de Boyer qui conclut que, d'une façon générale, les régions motrices sont rarement atteintes dans la méningite chronique.

M. DURET estime que, si l'on s'en rapporte à ces nombreux schemas, le fait le plus important est l'absence de lésions dans les zones motrices.

M. CHARCOT rappelle que Foville a déjà cherché à localiser les lésions corticales dans la paralysie générale.

M. DE BOYER. M. Crichton Browne de son côté a essayé de localiser les lésions et les phénomènes psychiques constatés dans la paralysie générale.

#### Election.

M. NEPVEU est nommé membre honoraire.

---

*Séance du 19 juillet 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

M. H. CLOZEL DE BOYER présente quelques schémas de *lésions cérébrales latentes* conformes à la théorie des localisations en ce sens qu'elles n'atteignent aucune des régions motrices corticales. Parmi les faits les plus remarquables, M. de Boyer note deux cas de lésions du lobe sphénoïdal s'étant accompagnées d'une amaurose à peu près complète.

M. CHARCOT croit que ces recherches présentent un véritable intérêt. Il serait désirable aujourd'hui qu'on constituât un cerveau où l'on établirait nettement *les zones des régions latentes*.

#### 6. Carcinome du larynx. — Perforation de la carotide primitive; par E. DESNOS, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 49 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre le 10 mai 1878. Il a eu une bonne santé jusqu'à présent et n'offre aucun antécédent héréditaire. C'est au commencement de juillet 1877 qu'il ressentit les premiers

symptômes de sa maladie actuelle, et éprouva une certaine difficulté à avaler un bol alimentaire un peu volumineux; bientôt la déglutition de tout solide fut pénible. Il n'avait encore que des troubles légers du côté du larynx, mais à partir du mois d'août ce sont ceux-ci qui attirent surtout l'attention. Un simple enrrouement fit place à une altération plus profonde de la voix qui disparaissait par moments: des douleurs peu vives apparurent, consistant surtout en une gêne mal définie accompagnée quelquefois d'une cuisson légère du fond de la gorge. Rien n'apparaissait à l'extérieur, les ganglions cervicaux n'étaient pas envahis.

A partir du mois de septembre, la marche de la maladie fut plus rapide. Aux altérations de la voix se joignirent des troubles de la respiration: des accès de dyspnée survenaient fréquemment et dans leur intervalle, une gêne continue de la respiration augmentait de jour en jour. Les ganglions cervicaux se prennent et une chaîne de petites tumeurs bien limitées, arrondies se montre en avant des sterno-mastoïdiens. Le malade entre à l'Hôpital Temporaire, et les accès de suffocation devenant de plus en plus fréquents, rendent une intervention chirurgicale nécessaire: M. Nicaise pratique la trachéotomie.

En dehors de ces phénomènes aigus, les lésions locales n'avaient pas fait de très-rapides progrès jusqu'alors. Mais à partir de ce moment, elles vont prendre brusquement une extension considérable. Bien que pendant les jours qui suivirent la trachéotomie, le malade ait pu prononcer quelques mots en mettant le doigt sur l'orifice trachéal, le néoplasme envahit en peu de temps la cavité laryngienne qui ne fut bientôt plus perméable. L'adénopathie cervicale devint énorme, les masses ganglionnaires se ramollirent, offrirent des points fluctuants et plusieurs incisions durent être pratiquées: elles provoquèrent l'issue d'un liquide sanieux, roussâtre, et furent l'origine des ulcérations qui existent aujourd'hui. Les troubles de la déglutition semblaient s'être arrêtés dans leur marche et quelques aliments solides pouvaient encore être avalés.

Depuis lors, la maladie fut graduellement envahissante pendant cinq mois; elle ne s'accompagna d'aucun incident, et au mois de mai nous trouvons le malade dans l'état suivant: la face est comme encadrée par une tuméfaction considérable, qui occupe toute la région cervicale depuis les clavicules jusqu'au bord inférieur du maxillaire. Cette masse, plus développée à droite, est bosselée, ulcérée par places et fournit une suppuration peu abondante, quelquefois un léger écoulement sanguin. Les mâchoires ne peuvent s'écarter que de deux à trois centimètres et l'examen laryngoscopique est impossible; mais en portant le doigt dans la cavité buccale,

on sent, à la base de la langue, une tumeur anfractueuse, fongueuse qui s'étend sur les parois latérales du pharynx : il est impossible de reconnaître l'épiglotte. Non-seulement la voix est complètement éteinte, mais depuis longtemps le malade ne respire plus qu'à l'aide de la canule trachéale : entre elle et les lèvres de la plaie se fait, d'une manière intermittente un léger écoulement de sanie ichoreuse. L'alimentation surtout lactée reste assez facile mais une sensation de cuisson accompagne chaque déglutition.

Du 10 mai au milieu de juin, le malade présente peu de phénomènes notables : la tumeur se ramollit en plusieurs points qui devinrent de nouveaux foyers de suppuration. L'état général se maintenait assez bon et, malgré une légère oppression, rien ne faisait craindre une mort prochaine quand des accidents inquiétants éclatèrent. Le 10 juin une épistaxis subite donna issue à un demi-verre de sang : le 13 et 14 nouvel écoulement sanguin. Enfin le 18, le malade est pris tout à coup d'une épistaxis extrêmement abondante, le sang coulait d'un jet continu par les deux narines et par la bouche : il meurt quelques instants après.

AUTOPSIE. — Toute la région cervicale antérieure est envahie par une masse d'une consistance assez ferme, à part quelques points fluctuants. Elle est limitée en bas au niveau des clavicules et du sternum et n'envoie aucun prolongement dans la cavité thoracique, en haut par le bord du maxillaire sous lequel elle se prolonge et en arrière elle s'étend au delà du sterno-mastoidien : sa surface est légèrement bosselée et elle adhère fortement à la peau. A la coupe, la surface de section apparaît blanc-jaunâtre, assez homogène, quoique formée de nombreux noyaux juxtaposés. Par la pression, un suc laiteux vient sourdre à la surface. L'examen histologique a fait voir qu'il s'agissait d'un *carcinôme*.

L'œsophage est entouré complètement par la tumeur dans sa portion cervicale, le calibre en est un peu rétréci ; la muqueuse est saine.

La trachée est saine au-dessous de l'orifice artificiel ; au-dessus les premiers anneaux sont un peu aplatis latéralement mais non envahis par la tumeur.

Le larynx est méconnaissable ; les cartilages seuls ont conservé à peu près leur apparence normale. La cavité laryngienne est comblée par des productions fongueuses, tomenteuses, profondément ulcérées et dont les parties superficielles se détachent au moindre contact ; l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques ont disparu. La masse fongueuse se prolonge dans le pharynx, envahi entièrement excepté à sa partie postérieure. La base de la langue, le voile du palais participent

à la dégénérescence. Enfin toute cette masse est creusée d'anfractuosités plus ou moins masquées par des bourgeons fongueux. A droite en arrière de l'amygdale est un cul-de-sac, profond de trois centimètres et demi, dirigé en bas et en dehors, comblé par des caillots sanguins. On pousse alors une injection par le bout inférieur de la carotide et le liquide vient sortir par ce conduit anormal. Disséquée, la carotide apparaît englobée dans la tumeur à laquelle elle adhère intimement. Un peu au-dessous de sa bifurcation, on aperçoit une solution de continuité de la dimension d'une petite lentille : cet orifice est en communication avec le cul-de-sac qui vient s'ouvrir dans le pharynx. Aucune autre branche artérielle n'a été intéressée. La veine jugulaire est saine.

Tous les autres organes sont normaux.

**7. Epithélioma du larynx, généralisation au foie; par E. DESROS,**  
interne des hôpitaux.

Le nommé Bal... vient à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. TERRIER pour consulter au sujet d'un mal de gorge qui a débuté il y a huit mois. C'est un homme peu robuste ; qui a d'ailleurs joui d'une bonne santé jusqu'à présent, n'accuse aucun accident syphilitique et n'a pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Les symptômes de son affection avaient été assez vagues au début, c'était une douleur vague du pharynx, accrue par le passage des aliments, par l'exercice de la parole qui était devenue difficile et fatigante, pendant que de rares accès de toux un peu douloureuse amenaient des crachats qui n'avaient rien de caractéristique. De plus le malade avait remarqué que la pression sur le larynx était douloureuse. — L'état général était satisfaisant, et l'appétit conservé, bien que la dysphagie fût un peu plus grande depuis quelques jours, quand il s'aperçut d'une tuméfaction diffuse et mal limitée de la région sous-hyoïdienne.

C'est alors qu'il vint consulter et qu'on put pratiquer l'examen laryngoscopique. L'épiglotte est rouge, tuméfiée, repliée sur elle-même, sans ulcérations ; et cette tuméfaction se continue à gauche avec celle du repli ary-épiglottique dont la partie moyenne paraît soulevée par une tumeur, et proémine dans la cavité laryngienne, cachant en partie l'orifice glottique. Celui-ci dévié, est un peu oblique, la corde vocale droite est normale ; la gauche, au contraire, est soulevée et repoussée du côté de la cavité glottique. — En outre, la palpation de la région cervicale permet de limiter sur le quart inférieur

du sterno-mastoïdien une tumeur d'un petit volume, très-dure et adhérent fortement au muscle.

Dès lors le malade vint régulièrement consulter, et l'on put suivre les progrès de l'altération laryngienne. La tumeur ne tarda pas à être le siège d'une ulcération à fond grisâtre et à bords nettement limités, qui gagna tout le repli ary-épiglottique, puis se couvrit de bourgeons sanieus. L'expectoration était restée muco-purulente. Rarement les crachats étaient striés de sang. L'adénopathie sterno-mastoïdienne augmenta rapidement; la tumeur ganglionnaire paraissait faire corps avec le muscle, était d'une dureté ligneuse, au milieu de tissus qui n'offraient pas le moindre empâtement. Pendant plusieurs mois ces symptômes progressèrent sans incident; l'état général se maintenait assez bon et plus d'un an après le début des premiers symptômes, le malade avait à peine amaigri. Mais, une dysphagie à développement rapide empêcha bientôt la déglutition des solides et même par intervalles des liquides qui revenaient par les fosses nasales. Le cathétérisme de l'œsophage, ne révéla pas le moindre rétrécissement.

Dès ce moment (septembre 1877), l'amaigrissement marcha rapidement, et le malade perdit ses forces. Les lésions du larynx avaient suivi une évolution rapide. L'ulcération des replis ary-épiglottiques s'était couverte de bourgeons végétants, assez volumineux, qui faisaient saillie vers l'orifice du larynx, et étaient en outre un peu œdématiés. La corde vocale gauche, non ulcérée, présentait toujours une légère déviation à sa partie moyenne. Enfin, la tumeur sterno-mastoïdienne s'ulcéra et devint le siège d'une suppuration peu abondante. Le muscle sterno-mastoïdien, tiraillé de plus en plus, refoulé par la tumeur, déterminâ un torticolis qui persista jusqu'à la mort.

D'autres accidents dus à l'œdème du larynx apparurent à la fin de décembre. Plusieurs accès de suffocation se succédèrent à quelques jours de distance, puis s'éloignèrent de plus en plus; le dernier, assez intense, eut lieu dans le courant du mois de janvier, mais la respiration resta toujours assez pénible.

La cachexie s'établit et fit de rapides progrès. Depuis longtemps, la dysphagie, réflexe ou due à la paralysie des constricteurs, avait interdit la déglutition de tout solide, et l'alimentation lactée était seule possible. Le larynx fut examiné une dernière fois dans le courant du mois de mars 1878 et on vit qu'une ulcération à fond grisâtre avait envahi la paroi pharyngienne: la végétation des replis ary-épiglottiques s'était peu modifiée; quant aux cordes vocales, on n'y voyait pas trace d'ulcération.

La tumeur du cou avait atteint le volume d'un œuf de poule



et repoussait le larynx à droite où il formait une tumeur presque symétrique avec l'adénite sterno-mastôidienne. Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 25 avril sans avoir présenté de nouveaux accès de suffocation.

**AUTOPSIE** — Les lésions du larynx sont en partie celles qu'on avait aperçues pendant la vie à l'aide du larynscope. Une tumeur, du volume d'une petite noix, occupe le repli ary-épiglottique gauche, en empiétant un peu en haut sur la paroi pharyngienne, tandis qu'en bas elle s'étend jusqu'au niveau de la corde vocale supérieure. dont la face supérieure n'est plus distincte, mais est englobée dans la tumeur. Le ventricule est un peu déprimé en haut; ses parois sont saines, un peu vascularisées, mais ne participent pas à la dégénérescence.

Cette tumeur est légèrement bosselée, d'une dureté ligneuse, et présente à sa partie supérieure une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs qui se prolonge sur la paroi latérale et un peu postérieure du pharynx; elle ne se prolonge pas en bas. Il n'y a pas trace d'ulcération au niveau de la corde vocale. La paroi gauche de la cavité laryngienne est exclusivement le siège du développement du néoplasme qui est très-nettement limité et n'atteint pas même en dehors le cartilage; l'épiglotte recourbée sur elle-même offre une injection assez vive de la muqueuse, mais aucune ulcération.

La tumeur ganglionnaire de la base du cou occupe la gaine du sterno-mastôidien qu'elle a distendue et déchirée en plusieurs points: elle atteint le volume d'une mandarine, est bien nettement isolée des organes voisins et sa partie profonde est presque contiguë à la carotide, qui ne lui adhère pas. Le muscle sterno-mastôidien est atrophié dans toute sa hauteur, mais en bas les fibres musculaires ont presque complètement disparu, et il n'existe plus guère que du tissu fibreux.

Le foie présente un volume normal; mais au milieu du lobe droit on trouve une masse bien limitée de tissu blanc jaunâtre au milieu du tissu hépatique qui ne présente pas d'autre altération. Ce noyau est unique; le foie sectionné en tous sens, n'en contient pas d'autres appréciables à l'œil nu. Il en est de même des autres organes splanchniques qui ont tous été trouvés sains.

Ces trois tumeurs ont des caractères microscopiques identiques; isolément complet au milieu de tissus peu normaux; dureté, légères bosselures à la surface. A la section, même tissu homogène, blanc jaunâtre, ne donnant pas de suc par la pression. L'examen histologique que nous devons à l'obligeance de M. Chambard, vient confirmer ces caractères ma-

croscopiques, et a permis de reconnaître dans ces tumeurs, des masses d'*épithélium pavimenteux*.

### Election.

M. HEYDENREICH est nommé membre correspondant.

---

*Séance du 26 juillet 1878.*

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

**S. Endartérite de la crosse de l'aorte et de l'origine de la sous-clavière, pouvant simuler un anévrysme de l'aorte; par H. STACKLER, interne.**

La nommée S..., âgée de 32 ans, couturière, entrée le 31 mai 1878, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 20. Réglée à 16 ans, elle n'accuse aucune maladie jusqu'à une époque remontant à 3 ans environ. Pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Depuis 3 ans, elle éprouve fréquemment dans la partie gauche de la poitrine de vives douleurs, elle désigne plus spécialement les premier, deuxième et troisième espaces intercostaux. Au début, ces douleurs étaient peu intenses, plus tard elles augmentèrent. Il y a environ 2 ans, elle alla voir successivement deux médecins des hôpitaux, qui tous deux diagnostiquèrent un anévrysme de l'aorte.

Depuis lors l'état de la malade n'a fait qu'empirer. La douleur des premier et deuxième espaces intercostaux gauches est continue, au dire de la malade, mais par instants sa violence s'accroît. La pression, les mouvements exagérés de marche, l'augmentent. Points névralgiques des quatrième et cinquième espaces intercostaux gauches, points antérieur et postérieur. Douleur remontant parfois vers l'épaule, et se prolongeant dans le bras. Accès de suffocation, qui, dans ces derniers temps, ont augmenté de fréquence et ressemblent à des accès d'asthme.

Soc. ANAT.

26

Actuellement, la malade présente de l'aphonie, qui n'existerait que depuis cinq jours, et tend déjà à diminuer. A l'examen laryngoscopique, on constate une immobilité complète de l'épiglotte; la malade émet certains sons; mais il lui est impossible de faire entendre des notes aiguës. Pas de pouls, ou à peine, dans l'avant-bras du côté gauche; pouls normal à droite. Poumons sains. Le cœur ne paraît pas augmenté de volume; sa pointe bat dans le cinquième espace. Choc non exagéré. Souffle systolique à la pointe peu intense. A la base souffle aortique, rude au premier temps surtout, mais aussi au deuxième temps, ces deux souffles se prolongeant et du côté de l'aisselle gauche, et dans la carotide gauche. Rien dans la carotide ni dans la sous-clavière du côté droit.

La face rougit de temps en temps, tout à coup, quelquefois sous le coup d'une émotion, d'autres fois sans raison apparente; elle rougit seulement du côté gauche. Pupilles inégales; celle de gauche parfois très-dilatée, reste à peu près insensible à l'action de la lumière. Pupille droite normale.

Pas de tumeur apparente, pas de matité dans la région sous-claviculaire, pas d'expansion, pas de battements.

10 juin. Au bout de quelques jours, la malade se plaint d'étourdissements fréquents, de vertiges.

20 juin. L'aphonie a disparu, les douleurs précordiales ont diminué. Cependant la malade a maigri, récemment elle a craché du sang, la perte des forces s'accroît chaque jour, les signes fournis par l'auscultation n'ont pas changé. La malade quitte le service.

Le diagnostic porté est : anévrysme très-probable de l'aorte, siégeant en arrière de la portion transversale de la crosse empiétant sur les origines de la sous-clavière et de la carotide gauche.

20 juillet. A cette date, la malade se présente à la consultation et revient dans le service. Elle est très-pâle, d'une faiblesse extrême, respire à peine, pouls à peine sensible. Au moment où on la met au lit elle meurt.

AUTOPSIE. — Quelques adhérences à la partie supérieure des poumons; pas de tubercules, pas d'épanchements dans la plèvre. Les reins, le foie, le cerveau, ne nous offrent rien de particulier à noter. Le cœur ne présente aucune altération ni du muscle, ni des orifices; ses parois ne sont pas hypertrophiées.

Aorte : Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes est un groupe de plaques jaunâtres et blanches, les unes molles, les autres dures. Ce groupe de plaques comprend toute la circonférence de l'aorte, les valvules sont un peu indurées à leur base et sur le bord libre. Au-dessus de cette

partie est un espace complètement sain, qui commence à 1 centimètre et demi au-dessus des valvules sigmoïdes et finit à la portion transversale de la crosse. En ce point, l'origine du tronc brachio-céphalique est saine; mais au niveau de l'origine de la carotide gauche, se rencontrent de nouvelles plaques d'endarterite. Quelques-unes ramollies et ayant envahi presque toute la profondeur de la paroi, elles sont surtout marquées à l'origine de la sous-clavière et s'étendent à environ trois centimètres au delà, sur le trajet de l'aorte. Nous n'en trouvons nulle part dans le reste de cette artère ni dans les gros troncs qui en dépendent.

Seule, la sous-clavière gauche offre dans une étendue de deux centimètres environ, des altérations intéressantes; on dirait un caillot ancien commençant dans l'aorte et oblitérant presque complètement l'origine de la sous-clavière, dans l'étendue indiquée. Cette substance oblitérante qui, en réalité, est la paroi même de l'artère épaissie, se trouve percée d'un canal filiforme, qui ne devait à chaque systole cardiaque laisser passer qu'une quantité minime de sang. Au-delà de ce point, la sous-clavière reprend assez brusquement un calibre à peu près normal. Ainsi se trouve expliquée l'absence de pouls radial, que nous avons constatée du côté gauche.

**RÉFLEXIONS.** — Ce cas d'aortite chronique nous a paru remarquable : 1° par la disposition qu'affectaient les altérations dans le vaisseau; 2° par l'ensemble presque complet qu'il nous a offert (sauf les signes de tumeur, matité, battements, expansion) des manifestations qui révèlent souvent l'anévrysme de la crosse aortique; palpitations, douleurs, accès d'asthme, altération de la voix, absence du pouls radial gauche, souffle double à la base, souffle systolique prédominant rude, se prolongeant dans la carotide et la sous-clavière du côté gauche.

**9. Note sur la formation des cavernes pulmonaires dans la phthisie vulgaire subaiguë; par P. RICHER, interne des hôpitaux.**

M. le professeur CHARCOT, dans son cours de cette année, a insisté sur ce fait, que la phthisie vulgaire à forme subaiguë, est une tuberculose locale du poumon, analogue aux tuberculisations locales des autres viscères, du testicule, par exemple. Cette tuberculose pulmonaire a pour caractère anatomique un produit tuberculeux de configuration spéciale, qui n'est pas le tubercule miliaire. Ce néoplasme tuberculeux spécial est le *nodule péri-bronchique*.

C'est lui qui est la cause de tous les accidents, et qui

donne lieu à l'ulcération du tissu pulmonaire, et à la formation des cavernes. Les tubercules miliaires peuvent exister en même temps dans le poumon, mais ils ne sont pas nécessaires, le plus souvent ils font défaut ; s'ils s'y trouvent, c'est à la hauteur des grandes masses tuberculeuses, sur le trajet des voies lymphatiques, par infection de voisinage, c'est le tubercule d'infection, ou bien ils ne sont qu'une des manifestations d'une maladie générale, la granulie qui peut exister chez le même individu en même temps que la tuberculisation pulmonaire locale.

Dans la tuberculose généralisée ou granulie, le poumon peut être farci de tubercules miliaires, mais l'ulcération pulmonaire ne s'en suit jamais ; ce n'est pas, dans l'acception actuelle du mot, une phthisie. La formation des cavernes dans la phthisie vulgaire ne saurait être rapportée aux tubercules miliaires. Elle est exclusivement sous la dépendance du produit tuberculeux, dont nous parlons, le nodule péri-bronchique.

Le nodule péri-bronchique offre les caractères suivants :

*A l'œil nu :* C'est un petit nodule de 2 à 3 millimètres de diamètre en moyenne. Il est facilement senti sous le doigt qui presse la surface du poumon. Quand il est tout à fait sous-pleural, il forme une petite saillie de la grosseur d'un grain de chènevis. Sur la coupe, il tranche par sa coloration gris-jaunâtre, sur le fond rouge diversement teinté du parenchyme pulmonaire, qui est le siège d'une pneumonie catarrhale subaiguë ou chronique. Il est de consistance cartilagineuse et forme une légère saillie sur le reste du tissu du poumon. Il est de forme ronde ou ovale plus ou moins régulière ; il prend souvent la forme d'un petit trèfle, déjà reconnue par Laennec. A son centre, il est percé d'un petit trou qui apparaît comme un petit point noir. Cette perforation centrale n'avait point échappé à Addison qui, après y avoir passé de petits crins dont l'extrémité ressortait par les bronches, en conclut que ces nodules étaient formés par les parois bronchiques épaissies. Une des planches de son livre montre ce détail anatomique, mais ici la théorie a un peu altéré le dessin, et ces nodules qui ne devaient être que des bronches à parois épaissies, sont d'une régularité qui n'est pas dans la nature. Il n'est pas douteux toutefois que ce sont des nodules péri-bronchiques qu'Addison a vus et figurés.

*Au microscope :* Le nodule péri-bronchique se présente sur les coupes sous la forme d'une plaque de tissu embryonnaire avec un centre caséux et une couronne de cellules géantes, plus ou moins régulièrement disposées à la limite du centre caséux du nodule. Quand il est de formation récente, il est

opaque et masque tout détail de structure du tissu qu'il a envahi ; mais à un autre moment de son évolution, par suite de la métamorphose dite caséreuse, il devient transparent et comme fibreux. On distingue alors facilement toute la trame du tissu pulmonaire dont le plan général est indiqué par la persistance des fibres élastiques qui ont résisté à la destruction. La néoplasie s'est donc comme infiltrée dans la trame pulmonaire, qui joue en quelque sorte le rôle d'un canevas, sans détruire complètement cette trame. L'on pourrait donc, je le répète, comparer cette disposition à celle d'une tapisserie à la main, dont la trame élastique pulmonaire serait le canevas. C'est alors que l'on peut facilement reconnaître au centre du nodule, la section d'une petite bronche, escortée de son artère satellite.

Ces nodules péri-bronchiques sont disséminés à la façon de petits îlots, au sein d'une mer d'alvéoles pulmonaires, et se présentent sur les sections microscopiques, au nombre de 2 ou 3 pour chaque lobule. Mais ces îlots s'agrandissent peu à peu et finissent sur certains points, par se confondre pour former de grandes plaques qui occupent tout un lobule, ou même s'étendent à plusieurs lobules.

Dans les alvéoles environnants, on trouve les lésions de la pneumonie catarrhale à différents degrés d'évolution : prolifération des cellules épithéliales, exsudat fibrineux, formation d'un épithélium cubique, épaississement plus ou moins prononcé suivant les cas du tissu conjonctif qui sépare les alvéoles et des travées inter-lobulaires.

*Formation des cavernes.* — Le néoplasme tuberculeux infiltre complètement la paroi bronchique qui, en conséquence, s'épaissit. La lumière de la bronche ainsi rétrécie, et d'ailleurs encombrée par la présence de produits d'exsudation ou de prolifération catharrhale, se montre bientôt oblitérée. A un moment donné le bouchon catarrhal et la paroi bronchique elle-même subissent la fonte caséreuse. Il en résulte une petite excavation qui occupe la place de la bronche, dont il ne reste que des débris et bientôt plus rien. L'artère satellite oblitérée par suite de la végétation de l'endartérite et facilement reconnaissable par la présence des tuniques élastiques, se distingue vers la partie centrale du néoplasme tuberculeux, au voisinage de la petite excavation, comme pour témoigner que là a existé une bronche.

Ainsi se forment des petites cavernes primitives qu'on peut appeler *cavernes acineuses*. On voit d'après son mode de formation, que la caverne acineuse est faite sur le plan de la disposition des bronches. Ses parois sont sinueuses et pourraient être prises facilement pour une dilatation bronchique,

La réunion de plusieurs cavernes acineuses forme les *cavernes lobulaires*, qui occupent tout un lobule. Enfin il est facile de comprendre comment plusieurs cavernes lobulaires peuvent, par les progrès de l'ulcération, donner naissance à des cavernes *polylobulaires*; puis à des cavernes *lobaires*, c'est-à-dire occupant tout ou partie d'un lobe du poumon.

Ces grandes cavernes ont parfois des parois lisses, comme revêtues d'une membrane blanchâtre. Mais le plus souvent elles sont très-anfractueuses. L'examen microscopique montre que, dans la règle, elles sont divisées en plusieurs grandes loges, qui elles-mêmes sont divisées en logettes.

Les grandes loges sont séparées par de grosses travées qui, le plus souvent ne se détachent pas complètement des parois de la caverne.

Les logettes, au contraire, sont séparées par de petites travées, souvent complètement libres dans l'intérieur de la caverne, et n'adhèrent à ses parois que par leurs extrémités.

La disposition anatomique que M. Charcot a proposé d'appeler les *grands* et les *petits espaces conjonctifs pulmonaires*, rend compte de la présence de ces deux sortes de travées et permet en quelque sorte de prévoir leur structure. L'examen microscopique fait sur des coupes transversales vient confirmer cette prévision. Les grosses travées représentent les grands espaces pulmonaires, c'est-à-dire les espaces de tissu conjonctif qui accompagnent les divisions des bronches, les artères pulmonaires et les veines pulmonaires réunies, jusqu'au point où ces dernières se séparent des premières pour occuper les espaces interlobulaires. Les petites travées sont les derniers vestiges des espaces interlobulaires, dont le tissu conjonctif ne contient qu'un seul ordre de vaisseaux, les branches des veines pulmonaires.

M. CHARCOT fait remarquer que dans ces recherches les données anatomiques et anatomo-pathologiques, se suivent à chaque pas. Grâce à cette théorie anatomique du mode de formation des cavernes pulmonaires, dans la phthisie commune, on peut étudier et reconnaître, les lésions depuis leur origine jusqu'à leur expression ultime. La phthisie pulmonaire commune débute par le *module péri-bronchique* et non par le tubercule miliaire.

La méthode à suivre dans ces études est simple : il suffit de tracer, à la salle d'amphithéâtre un dessin des lésions constatées, puis de pratiquer après durcissement des coupes qu'on examine à un faible grossissement, quitte à pénétrer plus tard dans le détail.

Quelques points de structure normale doivent être bien connus. Les *grands* et les *petits espaces* existent dans le poumon, comme dans le foie par exemple, bien qu'ils ne soient pas notés dans la nomenclature classique. L'artère bronchique, les veines pulmonaires et la bronche s'accompagnent jusqu'au lobule, accolées dans une véritable capsule ; ce sont les grands espaces. L'artère et la bronche se séparent alors de la veine pulmonaire qui va se ramifier dans les espaces interlobulaires ou petits espaces.

Les cas de phthisie pulmonaire auxquels nous faisons allusion appartiennent à la phthisie subaiguë. La fonte du parenchyme se produit en 3, 4 ou 6 mois. Dans la phthisie chronique le processus est le même ; mais, par suite d'une véritable infection de voisinage, la tuberculose miliaire s'ajoute aux lésions précédentes. Ce n'est pas qu'il faille établir des différences entre les granulations tuberculeuses et le nodule péri-bronchique, mais dans la phthisie subaiguë les tubercules s'accumulent et constituent la plaque à cellules géantes. Il est impossible d'appeler cette lésion pneumonie caséuse : il s'agit d'une prolifération embryonnaire péribronchique ; or, jamais la broncho-pneumonie simple ne présente une semblable évolution.

**10. Infection purulente chez un nouveau-né ; lésion singulière de la colonne cervicale ; par Ch. Fiaf.**

Le nommé Tai..., Charles, né le 30 juin 1878, est entré le 10 juillet à l'infirmerie des Enfants-Assistés (service de M. Guéniot), avec une conjonctivite biloculaire simple. Il venait de chez une sage-femme et je n'ai pu avoir aucun renseignement sur sa naissance ni sur les premiers jours de sa vie. Dès son arrivée, il paraissait vigoureux, assez replet, était bien, avait bon cri ; l'attention ne fut attirée que par ses yeux : le cordon était tombé et la cicatrice suppurait peu ; pas de traces d'érysipèle. Au bout de 5 à 6 jours, la peau commença à prendre une teinte jaunâtre qui s'accrut de plus en plus, l'ombilic ne présentant rien de particulier ; bientôt survint la diarrhée, d'abord jaunâtre, puis verte ; l'enfant refuse le sein, s'amaigrit rapidement et enfin meurt, le 25 juillet, sans qu'on ait pu prévoir la nature de la maladie.

**AUTOPSIE.** — Entre les muscles intercostaux, dans le septième espace, un peu en avant de la ligne axillaire, il existe une petite collection de pus jaune et bien lié. On trouve aussi



du pus dans l'articulation sterno-claviculaire droite. Toutes les articulations des membres ont été ouvertes : les coxo-fémorales et fémoro-tibiales sont remplies de pus des deux côtés, c'est aussi du pus jaune et bien lié, les surfaces ne paraissent pas dépolies.

Les articulations temporo-maxillaires sont saines, mais en incisant les parties profondes du cou, on découvre un abcès siégeant en arrière de l'œsophage, du volume d'une amande environ, étalé contre la colonne vertébrale et rempli de pus de même nature que celui qui remplissait les articulations. Sur la paroi postérieure de cette collection, on voit un orifice ovalaire à grand axe transversal et répondant à la face antérieure du corps de la sixième vertèbre cervicale, qui semble détruite. Toute la partie cartilagineuse du corps de la vertèbre est détruite, sauf dans l'épaisseur de 2 ou trois millimètres en arrière, de sorte que le canal rachidien n'est pas ouvert et que la petite masse osseuse, qui constitue le point d'ossification est restée à sa place normale, au milieu de la cavité remplie de pus; mais ce noyau osseux est lui-même altéré, car à la coupe son tissu est plus dur et sa coloration jaune pâle et non rouge, comme celle des points d'ossification des autres vertèbres. Comme toutes les parties latérales et postérieures de la vertèbre sont intactes, l'affaissement n'était pas possible. Les deux disques inter-vertébraux, situés au-dessus et au-dessous de la vertèbre malade, sont ramollis sur l'épaisseur d'un millimètre à peu près sur les points en contact avec la lésion.

L'ombilic est cicatrisé : la veine est rétractée dans sa gaine et ne contient point de pus; les cordons artériels aussi rétractés et remplis de caillots durs, à son extrémité ombilicale le caillot du cordon gauche présente un petit point ramolli jaune puriforme; mais plus haut la gaine est complètement fermée et au-dessous le caillot est aussi dur que du côté opposé.

Les deux poumons, dans toute leur étendue, sont farcis de petites masses dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un pois, d'un jaune clair ou jaune d'ocre à limites irrégulières, mais assez nettes et entourées d'une sorte d'auréole ecchymotique, dont la largeur égale à peu près le diamètre des masses jaunes et dont la teinte se dégrade à mesure qu'on s'éloigne du centre. A la coupe, on constate que les parties jaunes qui, au premier aspect, ressemblent assez bien à des tubercules, sont constituées par de petits foyers purulents. Les deux poumons se laissent insuffler dans tout le reste de leur étendue. Les ganglions du hile sont volumineux et très-rouges sur la coupe.

Le foie, la rate, les reins, l'encéphale ne présentent point de lésions appréciables. Pas de suppuration des oreilles moyennes.

En somme, toutes les lésions observées sur ce sujet paraissent à peu près contemporaines. Sauf la lésion vertébrale, qui semble plus ancienne, puisqu'une masse assez considérable de cartilage a eu le temps de se détruire, tandis que les surfaces articulaires sont intactes; on peut donc supposer que cette dernière a été le point de départ de l'infection purulente. Il resterait à décider si cette altération vertébrale peut être spontanée ou, si elle ne serait pas due à des manœuvres pendant l'accouchement, à une torsion forcée du cou, par exemple.

**11. Tuberculose pulmonaire. — Abscès de la région préfrontale du cerveau;** par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

D..., 12 ans, entrée le 29 décembre 1877, dans le service de M. BOUCHUT.

Cette malade était traitée pour une tuberculose pulmonaire manifestée par phénomènes généraux : anorexie et diarrhée, toux et vomiques pulmonaires fréquentes et abondantes, crachats nummulaires. La déglutition n'est plus possible que pour le jus exprimé des aliments solides.

Tel était le 1<sup>er</sup> juillet l'état de la malade. Jamais de délire ni d'aphasie: la malade succombe le 22 juillet à 8 heures du soir, après neuf heures d'agonie, ayant conservé jusqu'alors l'intégrité de son intelligence et de la motilité.

AUTOPSIE. — *Uterus* sain. — *Rein droit* un peu congestionné, plus volumineux que le gauche. — *Rate* molle, décolorée, non friable. — *Foie* très-gras (poids 1,400 grammes).

*Cœur*. Dilatation considérable du ventricule gauche. La *plèvre droite* présente quelques fausses membranes et 20 grammes environ de sérosité citrine. La *plèvre gauche* est très-adhérente dans toute l'étendue du lobe supérieur du poumon. — *Poumon droit*. Légères fausses membranes entre le lobe inférieur et le lobe moyen. Tissu blanc, décoloré. Emphysème très-considérable, mais pas de cavernes. *Poumon gauche* criblé de cavernules de la grosseur d'une noix à une noisette dans le lobe inférieur. Ces cavités sont remplies d'un liquide séro-purulent. Le tissu périphérique, dur, très-rouge, ne crépite pas et va au fond de l'eau.

La portion du lobe supérieur qui a pu être arrachée, est farcie de noyaux grisâtres, tuberculeux et ne présente pas de cavernes.

Un liquide jaune-verdâtre s'échappe à travers la dure-

mère, au niveau du lobe frontal droit, en un point qu'il s'agit de préciser. *Cerveau* léger, ramollissement général. Hémisphère gauche non-altéré, ni à la surface, ni sur des coupes longitudinales. L'hémisphère droit est atteint de suppurations au niveau de la partie antérieure des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> circonvolutions frontales et de la scissure supérieure qui leur est intermédiaire. — L'abcès (1) semble limité en haut par le bord supérieur de l'hémisphère, en bas par la scissure frontale inférieure. Mais dans la substance blanche du centre ovale, il se prolonge au-delà des limites extérieures. Cependant, s'il dépasse la coupe préfrontale, ce n'est que pour atteindre la corne frontale du ventricule latéral, en avoisinant, vers sa partie inférieure, l'extrémité antérieure du corps strié (noyau caudé) sans l'entamer. Le liquide de l'abcès, examiné au microscope, ne contient que des leucocytes et quelques granulations.

RÉFLEXIONS. Ce fait devient confirmatif de l'assertion de M. le D<sup>r</sup> Pitres : « les lésions limitées à la région préfrontale ne doivent donner lieu à aucun phénomène moteur. » Il faut ici tenir compte du jeune âge du sujet, ce qui permet de reculer de presque un centimètre le plan de la coupe préfrontale déterminé par le même auteur sur des cerveaux appartenant à des sujets d'un âge plus avancé.

M. REDARD présente un cas de *fracture du crâne*. Le cathétérisme pratiqué avant la mort a permis de retirer une petite quantité d'urine, riche en sucre et en albumine. M. Redard rapproche ce fait des lésions hémorragiques viscérales survenant dans les hémorragies cérébrales spontanées.

M. HOUEL remarque que la mort, dans le cas présent, a été presque subite.

M. DURET. Ce fait n'est pas rare chez les animaux en expérience alors même qu'on n'a déterminé qu'une simple *commotion cérébrale*. Il se produit souvent alors une syncope respiratoire et cardiaque. Il y a là un grand intérêt pratique ; car des accidents analogues peuvent apparaître chez l'homme, surtout à la suite d'un choc sur le front, et il est urgent de rappeler rapidement les mouvements respiratoires par tous les moyens possibles. M. Bauché a noté dans sa thèse plus de 40 cas de commotion cérébrale où la glycosurie et l'albumi-

---

(1) V. in album de la Société.

nurie ont été très-rapides. D'ailleurs Claude Bernard constatait l'albuminurie et la glycosurie quelques minutes après la piqûre du 4<sup>e</sup> ventricule.

#### 12. Elections.

M. MORISSET et M. PÉTON sont nommés membres correspondants.

*Le Secrétaire,*

LETULLE.



## OCTOBRE

*Séance du 4 octobre 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**1. Néphrite interstitielle chronique avec foyers purulents développés primitivement. Œdème de la glotte, trachéotomie. Mort ;** par H. LELOIR, interne des hôpitaux.

A... M..., chemisière, âgée de 34 ans, entre à la Charité, le 19 septembre 1878, dans le service de M. le professeur VULPIAN suppléé par M. Dieulafoy.

Cette femme, d'après ce que nous a dit le docteur Delaunay, urinait et buvait beaucoup depuis une dizaine d'années. Elle se levait jusqu'à cinq et six fois dans la nuit. Il y a six ans, elle fut atteinte d'un érysipèle de la face et d'une « fluxion de poitrine. » Depuis deux ans environ la polyurie a augmenté ; elle ne s'est pas aperçue d'un changement quelconque dans la nature de ses urines qui ont toujours été très-limpides et peu colorées. Vers le mois de juin dernier, ses paupières se gonflèrent, surtout le matin. Vers le mois d'août, l'œdème se généralisa. Depuis cette époque sa figure demeura toujours un peu bouffie et plusieurs fois se montrèrent des œdèmes généralisés. Déjà depuis le mois de mars, elle était prise de céphalalgies opiniâtres, de bourdonnements d'oreilles. Bientôt survint de l'amblyopie. Elle ne dormait presque plus et ne tarda pas à être prise de crampes dans les mains et les pieds, des vomissements qui se répétèrent jusqu'à six fois par jour, d'inappétence. Depuis un mois elle a de la diarrhée, respire difficilement et tousse un peu. Elle serait sujette aux palpitations de cœur et est, d'ailleurs, atteinte d'une affection aortique d'après les renseignements du docteur Delaunay.

Depuis le 13 *septembre*, elle éprouve une sensation de corps étranger à la gorge, toussé et fait d'inutiles efforts d'expulsion. Bientôt elle est prise d'une dyspnée croissante, la respiration devient sifflante, la voix s'altère, se voile ; la dyspnée ne tarde pas à être accompagnée d'accès de suffocation terribles qui ont même amené deux fois des vertiges et la chute de la malade.

Le 19 *septembre*, à peine entrée à l'hôpital, elle est prise d'un violent accès de suffocation. Nous la trouvons assise sur son chevet, appuyée sur les mains, le corps porté en avant, le cou tendu, la tête rejetée en arrière, la face pâle, bouffie, la bouche ouverte, les narines dilatées, les yeux grand ouverts et larmoyants, la peau couverte de sueur. L'inspiration est très-prolongée, ronflante, l'expiration est difficile. Il y a un tirage assez prononcé. L'accès cesse, la malade s'étend sur les oreillers accumulés derrière elle et ne tarde pas à s'endormir pour se réveiller bientôt, en proie à une dyspnée croissante. En dehors des accès, l'inspiration est toujours prolongée, ronflante, la voix et la toux sont rauques, et la malade ne répond que par des phrases entrecoupées aux questions qu'on lui pose. La déglutition est très-difficile. Par moments, la malade s'assoupit et le cornage devient encore plus effrayant. Le toucher du larynx permet de constater que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques sont très-tuméfiés. L'auscultation des poumons est impossible. Légère submatité aux deux bases et en arrière. Le pouls est petit, très-rapide (100 pulsations), régulier. Pas de fièvre (T. 37°, 4). Il y a un léger œdème des membres inférieurs. Constipation. L'urine est claire, limpide ; elle donne par l'acide azotique un précipité très-abondant d'albumine. On applique six sangsues sur la gorge, des sinapismes sur les membres inférieurs, 50 ventouses sèches sur le tronc, lavements purgatifs, calomel. L'après-midi, la dyspnée allant croissant, on pratique sur l'orifice supérieur du larynx deux attouchements avec de l'acide chromique. Peu de temps après, la malade dit que l'air passe plus facilement, la dyspnée diminue un peu.

Le 20 *septembre* au matin, l'état de la malade ne s'est pas amélioré, la dyspnée augmente, mais il n'y a plus eu d'accès dyspnéiques. C'est une dyspnée continue, progressive. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier. L'auscultation des poumons est impossible. La trachéotomie est décidée. Elle est faite au moyen du thermo-cautère par M. Berger. L'opération est rendue difficile par l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire du cou, par le volume du corps thyroïde constituant presque un petit goître. L'opération menée rapidement est terminée vers onze heures un quart, et il ne s'écoule que

peu de sang (1). La trachée ouverte, le soulagement de la malade n'est guère notable, et trois quarts d'heure après l'opération, la dyspnée persiste encore avec la même intensité; rejet d'une grande quantité de liquide spumeux et sanguinolent par la canule. A deux heures de l'après-midi, l'interne de garde est appelé. Il trouve la patiente en proie à une dyspnée croissante, et rejetant une grande quantité de mucosités spumeuses par sa canule; il s'apprêtait à pratiquer une saignée, quand à deux heures et demie, la malade meurt.

**AUTOPSIE** (faite 24 heures après la mort).—Femme assez grasse, bien constituée, décoloration des téguments, léger œdème des membres inférieurs. Le **LARYNX** est plein de mucosités. L'épiglotte est fortement tuméfiée. Les replis aryéno-épiglottiques sont très-œdématisés et oblitèrent presque complètement l'orifice supérieur du larynx. D'ailleurs, toute la muqueuse laryngée est notablement œdématisée. Elle ne présente pas d'autre altération. Le liquide qui s'écoule à la coupe, est un liquide séreux, clair; pas d'ulcérations ni de tubercules; les cartilages sont sains.

La **TRACHÉE** ET LES **BRONCHES** sont pleines d'une abondante sérosité spumeuse et sanguinolente; on constate sur la partie moyenne et antérieure, immédiatement en dessous du cartilage cricoïde, l'incision pratiquée dans l'opération de la veille. La trachée et les bronches sont d'ailleurs saines; il en est de même des ganglions bronchiques. Pas de liquide dans la **PLÈVRE** qui est absolument saine et ne présente pas la moindre adhérence. Les deux **POUMONS** sont le siège d'un œdème considérable dans leurs deux tiers inférieurs. Ils présentent à leur surface des impressions costales très-prononcées, leur tissu ne crépite plus sous le doigt qui y laisse une impression profonde. À la coupe, il s'écoule une grande quantité de liquide rosé et spumeux. Le poumon gauche présente tout à fait à son sommet un noyau caséux, grisâtre, du volume d'une noix et d'une consistance assez grande. À part l'œdème, la congestion pulmonaire et ce noyau caséux, les poumons sont absolument sains et l'on n'y peut découvrir la moindre trace de tubercules, abcès, infarctus; leurs vaisseaux sont partout libres. Le **PÉRICARDE** est sain et ne contient pas de sérosité. Le **CŒUR** est globuleux, assez gros. Le ventricule gauche, bombé, volumineux, semble constituer le cœur à lui seul; sa cavité mesure huit centimètres de la pointe à la base des valvules aortiques, ses parois sont très-épaisses et mesu-

---

(1) Cette trachéotomie a été l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie, dans la séance du 2 octobre 1878.

rent environ deux centimètres et demi. Le ventricule droit, couvert de quelques franges adipeuses et un peu aminci, contraste par son volume avec le ventricule gauche dont il semble n'être qu'un appendice. La fibre musculaire paraît saine. Les valvules auriculo-ventriculaires sont intactes. Légère insuffisance aortique avec rétrécissement assez prononcé ; mais il n'existe pas la moindre trace de végétations, ni d'athérome, dans le cœur et les gros vaisseaux.

L'abdomen ne contient pas de sérosité. Le FOIE est fortement congestionné, mais ne présente pas d'autre altération. Le TUBE DIGESTIF, la RATE sont intacts. Le CERVEAU et les MÉNINGES paraissent sains ; il en est de même des artères cérébrales.

Les REINS sont entourés par un tissu conjonctif jaune, très-gras, qui leur adhère fortement et englobe complètement les organes du hile. Les deux reins présentant au même degré les mêmes altérations, nous ne distinguerons pas dans notre description un rein droit et un rein gauche. Les reins sont diminués de volume, leur grand axe mesure dix centimètres, leur diamètre transverse cinq centimètres. Ils présentent une consistance ferme et une couleur hortensia pâle, générale. La capsule opaline résistante est parcourue par des vaisseaux assez nombreux qui s'anastomosent avec ceux du tissu conjonctif adipeux ambiant. Elle ne s'enlève que difficilement et par endroits elle entraîne avec elle une partie de la substance corticale. Quand la capsule est enlevée, on constate que la surface du rein est granulée dans toute son étendue. Elle est, en effet, parsemée de petites éminences légèrement coniques de un à trois et même cinq millimètres de diamètre. Ces saillies ont une couleur gris-jaunâtre et contrastent ainsi avec le tissu ambiant déprimé de teinte grisâtre ou couleur hortensia. La substance des reins est résistante et le doigt ne s'enfonce que difficilement dans leur parenchyme coriace et induré.

A la coupe, il existe une atrophie notable de la substance corticale qui présente environ de un à deux millimètres d'épaisseur au dessus de la base des pyramides de Malpighi, d'ailleurs profondément altérées. Ces restes des pyramides ont une teinte gris-jaunâtre, lardacée. Environ à partir de la portion moyenne des pyramides, toute la substance rénale se trouve en pleine dégénérescence graisseuse ; le parenchyme du rein se trouve transformé jusqu'au bassinnet en une masse de graisse jaune. En quelques points de la coupe, on trouve des orifices artériels béants, dont les parois semblent épaissies.

La substance rénale, outre les lésions précitées, présente



des altérations remarquables. Elle est creusée d'une multitude de cavités anfractueuses pleines d'un pus jaune verdâtre. Toutes ces petites cavités se trouvent situées à environ trois ou quatre millimètres de la surface du rein. Leur volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'une noisette. Au niveau du bord supérieur du rein droit se trouve une cavité irrégulière du volume d'un petit œuf de pigeon. Ces nombreuses cavités sont creusées dans l'épaisseur du parenchyme rénal, bridées par des colonnes charnues, et dépourvues de paroi propre. Plusieurs communiquent entre elles par des conduits anfractueux. Elles ne communiquent pas avec le bassinnet. Le rein ainsi altéré rappelle un poumon de phthisique creusé d'une multitude de petites cavernes. Toutes ces cavités sont pleines d'un pus jaune-verdâtre, épais, bien lié ; elles ne contiennent aucun calcul. A l'examen microscopique, ce pus se trouve constitué par de nombreux leucocytes, quelques globules rouges altérés, quelques cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, de nombreuses granulations ; il ne contient pas de cristaux d'acide urique, ni de bâtonnets.

L'ARTÈRE RÉNALE a conservé son calibre normal, mais ses parois sont épaissies. La muqueuse des BASSINETTS est congestionnée. Les URETÈRES sont sains. La VESSIE, dont les parois sont normales et la muqueuse absolument saine, renferme environ quatre cents grammes d'une urine claire, et ne contenant pas de globules de pus, comme l'a fait constater l'examen microscopique.

*Examen histologique.*—Des lambeaux de la capsule, examinés par dissociation, montrent que la capsule arrachée a entraîné avec elle une grande quantité de glomérules altérés et de kystes microscopiques.

Des coupes du rein, pratiquées après durcissement par le passage dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, sont colorées au picro-carminé d'ammoniaque. L'examen des coupes faites parallèlement au grand axe des pyramides, permet de constater, à un faible grossissement, la *disposition d'ensemble* suivante : la capsule est fortement épaissie. Immédiatement au-dessous d'elle, on voit dans la substance corticale atrophiée, au milieu d'un tissu conjonctif proliférant, les glomérules plus ou moins altérés, très-altérés, très-rapprochés les uns des autres, et entremêlés d'une multitude de kystes microscopiques tassés en certains points comme les grains d'une grappe de raisin. Dans cette région superficielle, on peut constater nettement, par endroits, la transformation kystique des glomérules. La sclérose est à son maximum dans la région du labyrinthe où elle a amené l'atrophie presque complète des

tubuli contorti, excepté toutefois dans quelques rares flots.

De distance en distance, on rencontre au milieu du tissu conjonctif embryonnaire envahissant, des pyramides de Ferrein plus ou moins altérées. Plus profondément, la sclérose a envahi aussi les tubes collecteurs des pyramides de Malpighi qui présentent un aspect tortueux. Dans cette région, se trouvent des kystes un peu moins nombreux que dans la couche superficielle, mais plus volumineux. Dans quelques coupes on rencontre de grandes cavités vides ou pleines de pus. De distance en distance se trouvent des vaisseaux béants à parois épaissies. Plus profondément enfin, le parenchyme rénal est en dégénérescence graisseuse complète, et ne contient plus que quelques tubes altérés.

En résumé, sclérose diffuse, formation d'innombrables kystes microscopiques et de cavernules purulentes, tel est l'aspect général de la lésion rénale. Reprenons en détail, sur des coupes transversales, l'étude des altérations dont nous venons de tracer la topographie : presque tous les *glomérules* sont atrophiés, leur capsule est épaissie et semble formée de plusieurs couches concentriques ; il n'existe que très-peu de glomérules où l'on puisse apercevoir encore un paquet vasculaire déformé, dont les vaisseaux sont englobés par un tissu conjonctif plus ou moins épaissi. Dans presque tous les glomérules, le paquet vasculaire a disparu et n'est plus représenté que par un globe de tissu fibreux ou par une masse de cellules granuleuses. En plusieurs points, le groupe vasculaire atrophie du glomérule est refoulé contre la paroi de la capsule ; le reste de la cavité capsulaire est vide ou plein de matière colloïde. Ainsi se forment des kystes glomérulaires de volume variable, vides ou pleins de matière granulo-graisseuse ou de matière colloïde à couches concentriques. Les *tubuli contorti*, entourant les glomérules, sont complètement atrophiés sous l'influence de la prolifération conjonctive, et c'est à peine si l'on peut distinguer par endroits leur lumière. Ils sont plus ou moins remplis d'un détritux granulo-graisseux contenant parfois quelques masses jaunes-brunes de pigment sanguin. Beaucoup de ces tubes présentent des dilatations kystiques qui contribuent à former les innombrables petits kystes microscopiques de la région corticale. Les *tubes collecteurs* sont également atrophiés, mais à un degré moindre, ils sont tortueux, leur épithélium est granulo-graisseux et beaucoup d'entre eux contiennent des cylindres hyalins ; ils présentent de nombreuses dilatations kystiques, qui forment des kystes plus profonds, moins nombreux et plus volumineux que ceux des régions superficielles. *Kystes*. Toute la substance corticale du rein est en quelque sorte en dégéné-

rescence kystique. De cette multitude de petits kystes, un bon nombre provient manifestement des glomérules, quant aux autres, ils viennent des conduits urinaires dilatés. Ils présentent par places, l'aspect d'une grappe de raisin, tant ils sont tassés. De volume variable, plus petits ou plus grands que les glomérules, ils ne sont jamais beaucoup plus grands que le double des glomérules. La paroi de ces kystes est le plus souvent constituée par une membrane hyaline, qu'englobent des couches concentriques de tissu fibreux. Dans quelques rares kystes, la membrane hyaline présente à sa face interne des restes d'une paroi épithéliale, dont les cellules sont d'ailleurs profondément altérées. Quelques-uns de ces kystes sont vides ; la plupart contiennent des masses granulo-graisseuses, ou sont remplis de matière colloïde à couches concentriques. La structure des kystes plus volumineux et moins nombreux des parties profondes ne diffère pas de la description précédente. En plusieurs points l'on peut voir 2, 3 et même 5 kystes, se fusionner par amincissement progressif et disparition finale de leur paroi.

Par endroits l'on rencontre de grandes *cavernules* à parois plus ou moins anfractueuses ; ce sont les cavités dont nous avons donné la description macroscopique et qui constituent la partie intéressante de la lésion. Elles sont dépourvues de paroi propre, celle-ci est constituée par le parenchyme rénal altéré, par le tissu conjonctif envahissant. En certains points on voit de petits kystes ouverts dans ces cavernules. Ces cavités sont parfois vides, mais le plus souvent elles sont pleines de détritits granulo-graisseux et plus fréquemment de globules de pus. Elles ne contiennent pas de cristaux d'acide urique ni de parasites. Les *artères* sont atteintes d'inflammation chronique : leur calibre est diminué, leurs parois sont augmentées, leurs membranes moyenne et externe, qui présentent un épaissement notable, se colorent fortement par le carmin et contiennent de nombreuses fibres élastiques et des cellules conjonctives proliférantes. L'examen histologique du noyau grisâtre siégeant au sommet du poumon gauche, nous montre que nous avons affaire à un noyau de « pneumonie caséuse. »

*Réflexions.* — Cette observation est intéressante au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Au point de vue clinique, nous ferons remarquer cet œdème de la glotte et du poumon venant terminer si brusquement, malgré la trachéotomie, une affection latente pour ainsi dire pendant près de dix ans. Mais c'est surtout au point de vue anatomo-pathologique que ce fait nous paraît présenter quelque intérêt. En effet, l'absence totale d'altérations dans la vessie, les uretères et les bas-

sinets, la non communication des cavernules purulentes avec les bassinets, l'absence de pus dans l'urine, ne permettent pas de songer à une néphrite suppurée par propagation au rein d'une inflammation des organes excréteurs de l'urine. L'absence totale de calculs fait également rejeter l'hypothèse d'une néphrite calculeuse suppurée. Le manque complet d'embolies ou de foyers métastatiques dans tous les autres organes fera également rejeter l'idée d'embolies ou d'abcès métastatiques du rein. Ce n'est pas là non plus une néphrite tuberculeuse, car l'on ne peut constater macroscopiquement ni au microscope la moindre trace de tubercules dans le rein ou les voies urinaires.

Nous avons donc affaire à une *néphrite interstitielle chronique, suppurée, primitive*. Or, la suppuration dans le cours de la néphrite interstitielle est des plus rares et ne se rencontrerait même jamais pour la plupart des auteurs. Toutefois elle ne doit pas être rejetée d'une façon absolue, comme nous le montrent les recherches bibliographiques que nous avons faites. On trouve, en effet, dans Rayer (tome III, p. 513), que : « lorsque les kystes séreux des reins s'enflamment, l'humeur qu'ils contiennent se trouble et devient lactescente par suite de son mélange avec le pus. Cette inflammation des kystes séreux est bien rarement primitive, le plus souvent elle a lieu dans les cas de néphrite générale, cas dans lesquels l'inflammation envahit non-seulement la substance rénale mais encore les kystes développés dans son épaisseur... » Rosenstein (p. 314) fait remarquer à propos de la « néphrite diffuse » que « l'on rencontre parfois dans les reins atrophisés des collections purulentes, aussi bien dans la couche corticale que dans la couche des pyramides, notamment dans les atrophies rénales produites par un obstacle mécanique au cours de l'urine dans les conduits excréteurs. »

Dans ce fait particulier qui est bien évidemment un cas de suppuration primitive dans un rein atteint de néphrite interstitielle, nous pensons, et tel fut aussi l'avis du Dr Malassez, que les innombrables kystes microscopiques qui criblent le parenchyme du rein, ouverts ou non les uns dans les autres, se sont enflammés à un moment donné ; ainsi se seraient formées les cavernules purulentes ; telle serait l'origine de cette néphrite interstitielle chronique, suppurée, primitive.

**2. Rapport sur la candidature de M. Chambard au titre de membre adjoint de la Société anatomique ; par L. MALASSEZ.**

Messieurs,

Je ne reviendrai pas sur les nombreuses communications de

M. Chambard. Ce serait un peu long, et, je puis le dire, parfaitement inutile après les notes si claires et si complètes qu'il nous a toujours soigneusement remises, et que nous pouvons retrouver dans nos bulletins. Permettez-moi donc, tout en restant fidèle à nos réglemens, de déroger un peu à nos habitudes, et de vous apporter un nouveau travail de M. Chambard.

Il s'agit de l'examen histologique d'une peau de fœtus qui nous fut présentée par M. Houel au mois de mai dernier. Cette peau présentait une altération singulière; c'étaient des plaques saillantes, jaunâtres, dures, et, entre ces plaques des dépressions, où la peau était rosée, souple et fine.

Je passe sur la description macroscopique exacte de cette lésion qui nous a été donnée par M. Houel.

Comment envisager cette altération ? — Était-ce une atrophie partielle de la peau, les parties en saillie étant la peau normale. — Était-ce au contraire une hypertrophie partielle de la peau, les parties en dépression étant les points non altérés ? C'est là ce qu'a pu déterminer M. Chambard, grâce à M. Houel, qui très-obligeamment nous permit de prendre un peu de cette peau.

« L'étude de cette peau pratiquée normalement à la surface et colorée par le picro-carminate d'ammoniaque montre la disposition et l'épaisseur relative des différentes couches qui la constituent et permet d'en faire une étude comparative dans les parties minces et dans les régions épaissies. »

Le tissu cellulaire sous-cutané et le derme sont normaux et leur épaisseur est la même au niveau des plaques. Plus superficiellement se montrent les papilles coupées plus ou moins obliquement et même perpendiculairement à leur axe et entourées d'anneaux épithéliaux appartenant à la couche muqueuse de Malpighi.

Un examen attentif et des mensurations micrométriques permettent d'affirmer qu'il n'existe aucune différence d'épaisseur et de configuration du corps papillaire, du stratum muqueux de Malpighi et des follicules pileux en quelque point que l'on les étudie. Toutes les couches des téguments situées au-dessous de la couche cornée se continuent sans modification aucune des parties épaisses de la peau à celles qui ont conservé leur épaisseur normale.

Il en est tout autrement de la couche cornée de l'épiderme. Son épaisseur qui, au niveau des sillons, ne dépasse pas 30  $\mu$ . à 40  $\mu$ ., atteint, au niveau des plaques 600  $\mu$ . à 900  $\mu$ ., C'est à dire une valeur de 20 à 30 fois plus considérable. De même que dans la couche papillaire les papilles se sont montrées sur

des sections transversales ou obliques, ainsi dans la couche cornée voit-on les orifices des glandes pilo-sébacées entourés par un système de lamelles épidermiques dont les plus externes seules sont munies d'un noyau difficile à colorer et en voie d'atrophie. Ces figures qui offrent une analogie grossière avec les globes épithéliaux de certaines tumeurs et ressemblent à ceux que l'on observe sur les coupes du sabot des solipèdes sont réunies par un système de lamelles épidermiques intermédiaires dont la direction est plus ou moins parallèle à celle des téguments. L'orifice qui se remarque à leur centre et dont le diamètre moyen est 35  $\mu$ . à 40  $\mu$ . est obturé par un bouchon de matière d'aspect gras et traversé par un poil.

Il nous suffit maintenant pour étudier la couche papillaire, les follicules pilo-sébacés et les poils sur des sections parallèles à leur axe, de faire des coupes également normales à la surface de la peau, mais menées dans un plan perpendiculaire à celui des coupes que nous venons d'étudier. Ces préparations nous permettent de vérifier les faits que nous venons d'avancer et de poser, au moins pour le cas soumis à notre examen, les conclusions suivantes :

1° Le derme, le corps papillaire et la couche de Malpighi se continuent sans modification aucune des parties minces et normales de la peau aux parties épaissies.

2° Toute la lésion est, dans l'espèce, constituée par l'hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme qui présente, au niveau des parties dures de la peau, une épaisseur uniforme pour chaque plaque, mais variable selon les plaques examinées. Dans cette couche, les cellules épithéliales cornées affectent autour des orifices pilo-sébacés une disposition concentrique et les différentes gaines qu'elles leur forment sont réunies entre elles par un système de lamelles intermédiaires : C'est donc un cas d'ichthyose.

RÉFLEXIONS. — Sans aborder ici l'histoire assez complexe de l'ichthyose, nous chercherons à quelle variété peut être rattaché le cas qui nous occupe et nous rappellerons surtout les résultats des recherches histologiques auxquelles des faits semblables ont donné lieu.

Presque tous les auteurs reconnaissent l'existence de l'ichthyose congénitale, mais ce n'est que rarement que cette affection se présente, au moment de la naissance, avec les caractères qu'elle offre sur le nouveau-né qui fait l'objet de cette étude.

En 1828, *Steinhausen* paraît avoir décrit un cas assez semblable à celui de M. Houel. *Rayer* et *Devergie* parlent en quelques mots de ce fœtus qui est conservé dans le musée de

Berlin et ce dernier donne à cette forme spéciale le nom d'ichthyose cyprine.

*M. Bazin* se borne à dire que l'ichthyose peut avoir son début pendant la vie intra-utérine et que l'enfant naît alors avec une peau macérée et couverte d'écailles.

En 1852, *M. Houel* présente à la société de biologie deux fœtus monstrueux. L'un d'eux, né à terme et provenant de la clinique de Dubois, offrait de nombreux replis cutanés comme si la peau eût été trop longue, l'autre, remis par Bourdeloque à la faculté de médecine et conservé au musée Dupuytren était en tous points semblable à celui qui fait l'objet de notre communication; aussi est-il le seul dont nous devions nous occuper ici.

La peau de ce fœtus parcourue par de nombreux sillons paraissait avoir craqué de toutes parts à la suite d'une distension exagérée. On eût dit, d'après l'expression de *M. Houel*, que l'enfant fut venu au monde avec une peau trop courte. Ses téguments présentaient des fissures analogues à celles de la peau d'une pomme cuite. Ces sillons offraient des directions très-variables mais généralement perpendiculaires à l'axe du corps, leurs bords étaient, en beaucoup de points, renversés en dehors et comme décollés avec tendance à l'écroulement, leur largeur qui était en moyenne de 7  $\mu$  à 8  $\mu$  atteignait, au niveau du poignet et des genoux 15  $\mu$ , leur profondeur variait de 5  $\mu$  à 4  $\mu$ . Leur fond, était lisse le plus souvent et quelquefois rugueux. Leur nombre très-considérable se comptait par centaines.

L'examen microscopique pratiqué par *M. Robin* montre qu'au niveau des lésions l'épiderme était plus mince qu'il ne l'est chez les fœtus de cet âge. Les papilles très-atrophiées étaient en beaucoup de points entièrement disparues. Dans l'intervalle des lésions, au contraire, l'épiderme était épaissi et les papilles légèrement hypertrophiées.

La communication de *M. Houel* engagea *M. le professeur Charcot* à rechercher les cas analogues déjà publiés et dans une des séances de la société de biologie qui suivirent, il apporta l'analyse d'un travail de *Gurll* sur l'ichthyose congénitale du veau qui montre que les animaux peuvent présenter des lésions en tous points semblables à celles que *Steinhausen* et *M. Houel* avaient décrites chez les enfants nouveau-nés.

Le veau dont l'histoire est rapportée par *Gurll* vint à terme mais mourut au bout de 24 heures sans avoir pu ni marcher, ni prendre le sein. L'autopsie montra que tous les viscères étaient sains. La mère était bien portante et bien nourrie : l'année précédente elle avait mis bas un petit qui ne présentait aucune anomalie d'organisation.

La peau du veau qui fait l'objet de la description de *Gurlt* était parcourue de sillons et de fentes qui affectaient une disposition assez régulière : verticaux et réunis par des sections obliques au cou, ils étaient, au niveau des membres, obliques en arrière et en bas. Leur dissection rappelait la direction normale des plis cutanés chez les animaux sains du même âge.

Au niveau des sections, les poils semblaient manquer, mais l'examen au moyen de la loupe permettait de les découvrir ; seulement ils étaient gênés dans leur développement par l'épiderme épaissi et formé de plusieurs couches stratifiées. Au fond des sillons, le derme était revêtu d'une mince couche épidermique ! Le derme était partout normal.

L'analyse chimique des cendres provenant de la calcination de l'épiderme, pratiquée par *Von Stellen*, montra que sur 1000 parties l'épiderme contenait 600 parties de phosphate de chaux. Une analyse comparative faite avec l'épiderme d'un veau sain donna seulement 250 parties du même sel.

*Gurlt* cite deux cas d'ichthyose congénitale du veau semblable à celui dont on lui doit la description. L'un d'eux est consigné dans le journal de médecine vétérinaire d'Utrecht ; l'autre est conservé dans le musée de l'école vétérinaire de la même ville.

Les autres traités classiques de dermatologie que nous avons consultés : *Bielt*, *Cazenave* et *Schedel*, *Lailler*, *Bateman*, *Alibert*, *Hardy*, etc., contiennent sur l'ichthyose des articles plus ou moins étendus, mais tous muets sur la forme spéciale qui nous occupe.

Pour *Hébra*, ce que l'on nomme ichthyose congénitale est une affection bizarre « dans laquelle la peau du nouveau-né » est d'un rouge brun, fendillée, et décollée sous forme » de grandes lamelles et présente dans son aspect une certaine analogie avec l'enveloppe d'une pomme cuite ou d'un » cochon de lait rôti, ou bien encore avec une brûlure de la » peau produite par un liquide médiocrement chaud. » Il est assez facile de reconnaître sous ces traits des cas de la nature de celui qui fait l'objet de cette étude, mais tandis que *G*, *Simon*, *Steinhausen* et quelques autres les font rentrer dans le cadre de l'ichthyose, *Hébra* tend à les en éliminer et à les ranger parmi ceux que *Behrend* a décrits sous le nom de *cutis testacea*.

Nous trouvons dans *Neumann* une description histologique accompagnée de figures de l'ichthyose congénitale qu'il assimile aux affections décrites par *Steinhausen* sous le nom de *Scutulatio* seu *incrustatio* et par *Fuchs*, *Behrend*, *Hinze*, *Vrolik*, *Heinrich-Müller*, *Luschka*, sous celui de *cutis testacea*.



La peau des enfants qui viennent de naître est brun rouge, fissurée, parsemée de plaques écailleuses, dures, séparées les unes des autres par de nombreux sillons. Les enfants qui sont atteints de cette affection, meurent peu de jours après leur naissance. *Neumann* cite un travail de *Lebert* qui décrit cette lésion cutanée sous le nom de kératose diffuse intra-utérine et un cas d'*Auspitz* où elle se réduisait à une écaille solitaire qui tomba et ne reparut pas dans la suite.

La figure 32 du traité de *Neumann* représente une coupe d'ichthyose congénitale reproduite d'après une préparation qui lui a été communiquée par *Wagner*. Cette figure présente une analogie frappante avec nos propres préparations ; on y voit la couche cornée épidermique considérablement épaissie et traversée par les gaines pileuses et les canaux sudoripares coupés transversalement. Les papilles ne semblent pas hypertrophiées : disons toutefois que *Neumann* regarde le derme comme épaissi.

Après avoir rappelé brièvement les principales observations dont l'altération qui nous occupe a été l'objet ; voyons maintenant quelle place doit lui être réservée dans les classifications dermatologiques et quel nom lui convient.

La plupart des auteurs la décrivent avec les ichthyoses. *Devergie* divise l'ichthyose en blanche, brune et porc-épic. La première de ces trois variétés se subdivise en farineuse, serpentine et cyprine et c'est à ce dernier sous ordre qu'il rattache l'ichthyose des nouveau-nés au sujet de laquelle il cite le fœtus monstrueux du musée de Berlin.

*Hebra* cependant, nous l'avons vu, tend à nier l'existence de « l'ichthyose congénitale », c'est-à-dire existant au moment de la « naissance ». Car les enfants atteints de « cutis testacea » meurent dans l'immense majorité des cas en peu de jours et d'autre part l'un de ceux qu'il a pu observer fut guéri sans récidive après un traitement convenable, or tous les dermatologistes connaissent la tenacité et même l'incurabilité de l'ichthyose véritable.

*Neumann*, au contraire, qui décrit l'ichthyose comme une hypertrophie cutanée avec prédominance du tissu épithélial, y comprend les cas dont nous parlons.

Il nous semble quant à nous que c'est là plutôt une question de mots que de faits et que la solution peut en être différente selon le point de vue auquel on veut se placer. Historiquement, un mot qui rappellerait les caractères microscopiques de cette altération pourrait seul convenir et le mot ichthyose comme le mot kératose serait dépourvu de tout sens. Nous plaçons-nous, au contraire, au point de vue clinique, nous ne pouvons nier l'analogie qui existe entre l'as-

pect des fœtus à « peau trop courte » comme le disait M. le professeur *Charcot* et le tégument écailleux de certains poissons, la dénomination d'ichthyose en plaques paraît alors très-rationnelle.

Il nous semble toutefois qu'il s'agit là, non d'une ichthyose comparable à celle que nous observons chaque jour chez les enfants et les adultes, mais plutôt d'une monstruosité, d'une affection de nature tératologique. D'une part, en effet, cette forme d'ichthyose congénitale diffère beaucoup par son aspect des formes communes de cette affection et coïncidait dans le cas de *M. Houel* avec d'autres anomalies de développement que nous n'avons pas à décrire, de l'autre, selon la remarque d'*Hébra*, les nouveau-nés qui en sont atteints meurent en quelques jours et l'un d'eux a pu être sauvé et guéri.

1° *Steinhausen*. De singulari epidermidis difformitate. Berolini, 1823.

2° *Rayer*. Traité des maladies de la peau, 1835.

3° *Devergie*. Traité des maladies de la peau, 1854.

4° *Bazin*. Leçons sur les affections cutanées artificielles, 1862.

5° *Houel*. Description d'un fœtus avec excès de peau et d'un fœtus affecté d'ichthyose congénitale. — Mémoire de la Société de biologie, 1852.

6° *Gurtt*. Magazia fur die gesammte Thierheilkunde von Gurtt und Hertwig. Berlin, 1850.

7° *Charcot*. Sur une observation de Gurtt de Berlin intitulée : ichthyose cornée congénitale chez un veau. — Mémoires de la Société de biologie, 1852.

8° *Hébra*. Traité des maladies de peau, traduct. *Doyon*, 1874.

9° *Behrend*. Iconogr. Darstellung der nicht syphil. Hautkrankheiten, Berlin, 1828.

10° *Neumann*. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien, 1876.

11° *Hinze*. Kleinere Schriften. Liegnitz und Leipsick, 1828.

12° *Vrolich*. Tabulæ ad imbrýogenesisin. *Libreich*, th Halle. 1833.

13° *Heinrich Muller*. Wurzburg Verh, 1850.

14° *Luschka*. Ichthioses cong. bei eihen kalbe.

15° *Auspitz*. Arch. fur Dermat und syph. 1860.

### 3. Lésions des faisceaux moteurs du centre ovale; rapport sur la candidature de M. Quenu; par M. LANDOUZY.

Parmi les communications importantes faites par M. Quenu, il en est quelques-unes relatives à la pathologie cérébrale, qui prêtent à des considérations instructives; nous rappellerons une observation de tubercules du cerveau et de l'isthme de l'encéphale, intéressante pour l'histoire de la paralysie intrabulbaire du nerf moteur oculaire externe; nous appellerons surtout votre attention sur une hémorrhagie du centre

ovale occupant les faisceaux fronto-pariétaux supérieurs droits.

Il s'agit d'un homme de 78 ans, qui, au lendemain d'une attaque apoplectique, se présente à l'hôpital avec de l'obtusion cérébrale, un état parétique du membre inférieur gauche, une paralyse du membre supérieur gauche compliquée d'une contracture légère limitée à la main et à l'avant-bras.

Les choses restent en cet état jusqu'à la mort, amenée, au bout de six jours, par une pneumonie lobulaire gauche. L'autopsie montre, sur la face externe de l'hémisphère droit, au niveau de l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, une surface qui semble moins ferme que le reste de l'encéphale; le foyer est tellement superficiel en un point, qu'une partie de son contenu, un caillot noir, récent, s'échappe par une petite déchirure qui se fait sous les yeux de l'observateur, au fond du sillon vertical séparant le lobule paracentral du lobe carré.

Les coupes classiques, verticales et parallèles au sillon de Rolando mettent à jour un foyer hémorragique occupant une très-petite partie du faisceau frontal supérieur, la plus grande partie du faisceau pariétal supérieur et la moitié supérieure du faisceau pédiculo-pariétal supérieur. Le corps strié, la couche optique et toutes les autres parties de l'encéphale sont indemnes de toute altération.

L'intérêt de cette observation est dans la rareté de semblables lésions limitées aux faisceaux fronto-pariétaux du centre ovale; nous devons la rapprocher d'un fait rapporté par M. Pitres dans sa thèse inaugurale; dans ce cas, il s'agit d'une femme de 65 ans, devenue hémiplegique gauche à la suite d'un ictus apoplectique en 1873, chez laquelle survient, six mois après, une attaque épileptiforme portant sur les membres et la face gauches, attaque se reproduisant en 1874, 1875 et 1876. L'autopsie révéla un foyer ocreux du volume d'une amande, s'étendant du pied de la première circonvolution frontale droite au pied du lobule pariétal supérieur, en passant au-dessous de l'extrémité supérieure des deux circonvolutions ascendantes.

De ces faits, nous rapprocherons deux cas que nous avons vus dans le service de M. le professeur Hardy, et dont nous résumerons en quelques mots les particularités cliniques et anatomo-pathologiques: dans la première observation (1), il s'agissait d'un homme de 65 ans, amené à l'hôpital pour une

---

(1) *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, n° 1, janvier 1878, p. 11.

hémiplegie droite totale, complète et flasque, survenue à la suite d'une attaque apoplectique, chez lequel survint, au bout de sept semaines, de la contracture avec atrophie des membres paralysés. Une eschare, conséquence du décubitus prolongé, amena un phlegmon diffus et des accidents de septicémie auxquels succomba le malade. L'autopsie fit découvrir un foyer cicatriciel hémorragique des faisceaux fronto-pariétaux supérieurs du centre ovale gauche.

Notre seconde observation a trait à un vieillard de 88 ans, transporté à la Charité, sans connaissance, et qui, remis de son ictus apoplectique, présenta comme unique symptôme une paralysie flasque, limitée aux membres droits qui, en huit jours, se cantonna exclusivement dans le membre supérieur droit et y persista, sans amendement comme sans contractures, jusqu'à la mort, survenue sept semaines après l'attaque.

L'autopsie révéla, outre des lésions athéromateuses de l'aorte et des vaisseaux cérébraux, dans l'hémisphère gauche, un foyer de ramollissement, foyer fissuré, intéressant le centre ovale dans une étendue telle que sa partie antérieure apparaît sur le *sommet du cône figuré par le faisceau pariétal inférieur* (coupe pariétale) et que sa partie postérieure finit sur le faisceau sphénoïdal de la coupe pédiculo-pariétale, de telle sorte que ce foyer s'étend obliquement, du faisceau sphénoïdal à la partie inférieure du faisceau pariétal inférieur, en intéressant la capsule externe, l'avant-mur et en écornant le noyau lenticulaire.

Dans l'observation de M. Quenu, comme dans celles que nous résumons, la délimitation assez étroite des lésions rend bien compte des phénomènes observés et la clinique, par la netteté de ses résultats, équivaut presque à une véritable expérience de physiologie.

On peut dire, pour ne parler que de l'observation de M. Quenu, qu'on assiste à une véritable dissection des régions motrices des deux circonvolutions ascendantes par une hémorragie ?

Cette observation pour rentrer dans la règle, renferme une particularité qui doit être relevée : la paralysie était manifestement plus prononcée dans le membre supérieur que dans le membre inférieur, et, pourtant, comme l'étendue du foyer allait en augmentant d'avant en arrière, il eut paru plus naturel, plus physiologique, que la paralysie fût au moins égale dans les deux membres ?

Un symptôme important, la contracture *primitive* n'existait ni dans le fait de M. Pitres, que nous avons rappelé ni dans l'observation personnelle que nous avons résumée : cette con-

tracture primitive limitée chez le malade de M. Quenu, à la main et à l'avant-bras nous paraît justiciable, bien moins de la lésion du centre ovale que de l'irritation de la substance grise puisqu'il est prouvé, qu'en un point, cette substance grise a été lacérée par le caillot : nous ne pouvons, sans le relever, laisser passer ce point de détail qui, dans l'espèce nous semble avoir une importance considérable, car si l'hémiplégie ressortit à la section, par lésion hémorragique, des faisceaux moteurs, la contracture, étroitement limitée à la main et à l'avant-bras, paraît dépendre de l'excitation étroite et superficielle de la substance corticale intermédiaire au lobe paracentral et au lobe carré.

En regard de ces foyers hémorragiques, de ces grosses lésions du centre ovale déterminant des symptômes si graves, parfois tellement persistants qu'ils sont indélébiles comme dans notre observation suivie de contracture tardive, nous pourrions rapporter certaines altérations des faisceaux fronto-pariétaux dans lesquelles toute symptomatologie a fait défaut. C'est ainsi que M. Quenu vous a montré un tubercule du volume d'un pois siégeant dans le faisceau frontal inférieur droit chez un malade qui n'avait pas présenté de paralysie faciale.

On peut admettre que la lésion, comme, du reste, le font fréquemment les tumeurs, a simplement refoulé, écarté les faisceaux de fibres blanches sans sectionner (comme eut fait une lésion destructive) en un point de son trajet le faisceau facial émané de l'écorce.

Ce qui s'est vu dans ce cas n'est pas un fait exceptionnel, nous l'observons fréquemment en dehors de lésions destructives, hémorragie ou ramollissement, notamment dans la sclérose en plaques cérébrale dans laquelle, les lésions, pour si nombreuses qu'elles se présentent, ne sont, d'ordinaire, ni assez cohérentes, ni assez massives, ni assez confluentes pour couper les communications des faisceaux pédonculaires avec l'écorce du cerveau. C'est ainsi, que, sur un sujet mort dernièrement dans le service de M. Desnos, on pouvait voir, sur une coupe frontale de l'hémisphère gauche, la moitié du faisceau frontal moyen et le tiers du faisceau frontal supérieur, envahis par des plaques scléreuses sans qu'aucun phénomène paralytique ait été constaté chez le malade pendant un séjour de plus d'une année dans les salles de la Pitié.

Ces faits n'ont pas lieu de surprendre si on assimile la sclérose en plaques aux tumeurs cérébrales qui, on ne saurait trop le répéter, sont toutes questions de siège à part, bien autrement inconstantes dans leur symptomatologie (Charcot),

que les lésions destructives, hémorrhagie, ramollissement etc.; c'est là une notion de pathologie cérébrale générale qui, évidemment, trouve son application dans l'étude des altérations du centre ovale aussi bien que dans l'étude des lésions corticales.

#### 4. Election.

M. TURNER est nommé membre honoraire de la Société anatomique.

---

Séance du 25 octobre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

5. M. PARROT présente les os de deux nouveau-nés atteints de *syphilis héréditaire*.

Chez le premier enfant, quand on le tenait debout, les membres inférieurs ballottaient en tous sens comme les jambes d'un polichinelle, et on aurait pu croire, au premier abord, à une paralysie consécutive, à une altération du système nerveux. Il n'en était rien, et M. Parrot porta le diagnostic de syphilis osseuse avec brisure des membres au niveau des épiphyses. A l'autopsie, on trouva ce qu'il a décrit sous le nom de *dégénérescence gélatiniforme de la moelle des os longs*: le tibia présentait une coloration multicolore, ici, couleur maïs, là, couleur rouge cerise, de plus, il y avait fracture de l'os à 0,01 centimètre au-dessous de l'articulation du genou. C'était donc cette brisure, conséquence de l'altération osseuse, qui avait produit la pseudo-paraplégie des membres inférieurs.

Chez le second enfant âgé de 6 semaines, on trouvait pendant la vie un gonflement de l'humérus à son quart inférieur. Ce siège, véritablement pathognomonique, put faire porter le diagnostic syphilis. Sur une coupe longitudinale, on trouve l'os sain engainé dans un manchon d'ostéophyte, cause de

l'augmentation de volume de l'humérus. En outre, on trouve encore des ostéophytes sur le cubitus et la face interne du tibia. M. Parrot insiste sur la connaissance de ces faits qui permettent de poser sûrement le diagnostic, alors qu'on ne trouve chez l'enfant aucune lésion sur la peau ou sur les muqueuses.

(Voir une nouvelle communication de M. Parrot sur le même sujet dans la séance du 29 novembre.)

### 6. Céphalœmatome; par Ch. FÉRÉ.

Cette pièce provient d'un enfant mâle, né à terme sans intervention chirurgicale et mort le onzième jour. Le cuir chevelu et la face ne présentaient aucune trace de contusion. Pendant la vie on n'avait point remarqué de tumeur sur la voûte crânienne; sur le cadavre, on ne découvrit la lésion qu'après que le cuir chevelu eut été décollé. On voyait, à l'état frais, vers l'angle postéro-supérieur du pariétal droit à 5 millimètres en dehors de la suture sagittale et à peu près à la même distance en avant de la lambdoïde, une plaque d'un violet sombre de forme elliptique, à grand axe antéro-postérieur de 33 millimètres de long et à petit axe transversal de 25 millimètres. Cette plaque violette était entourée d'une auréole rouge de 5 millimètres environ dont la teinte allait en se dégradant vers la périphérie; elle formait une saillie d'à peine plus d'un millimètre. Par le toucher, on reconnaissait que toute la partie saillante et foncée se laisse légèrement déprimer; le périoste décollé était mobile dans toute cette étendue; entre le périoste et le pariétal il y a une mince couche de sang noir en caillot. En arrière et en haut, à la limite du décollement, le périoste est soulevé par un bourrelet saillant et dur de 2 millimètres d'épaisseur environ. Sur la face interne (saine) du pariétal qui a été dépouillée de la dure-mère, on constate au niveau de la région médiane du céphalœmatome, la présence de fissures interfibrillaires d'un demi-centimètre de long, dont l'une se prolonge d'une longueur de 1 centimètre par une fracture linéaire, qui laisse suinter un peu de sang, et dont les bords s'écartent quand on presse légèrement l'os pour redresser sa courbure. Cette pièce peut donc être présentée à l'appui de l'opinion que nous avons émise sur la pathogénie du céphalœmatome (*Bull. Soc. anat.* 1878, p. 160).

**7. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage; paralysie des deux nerfs récurrents. — Perforation de l'œsophage. — Phlegmon du médiastin. — Péricardite de voisinage; par Ch. LEROUX, interne des hôpitaux**

L..., Alexandre, âgé de 60 ans, chauffeur, entre le 9 juillet 1878, dans le service de M. Maurice Raynaud, pour une gêne croissante de la déglutition, survenue dans les circonstances suivantes : Vers la fin du mois de mars, cet homme, jusque-là d'une santé parfaite, éprouvait pour la première fois une difficulté légère à avaler. Les bols alimentaires un peu volumineux, le pain en particulier, passaient avec peine; il sentait, dit-il, descendre ses aliments, et était obligé de boire pour faciliter leur progression dans l'œsophage. Il localisait cette gêne à avaler au niveau de la partie supérieure de la première pièce du sternum.

Vers le commencement du mois de mai, les aliments solides ne peuvent plus passer, aussi L... se trouve-t-il dès lors dans la nécessité de ne se plus nourrir qu'avec des bouillies, du vin et du lait. A peine cherche-t-il à prendre un aliment solide, qu'aussitôt il le rejette au dehors. Jusque-là sa santé s'était maintenue bonne; mais à partir de cette époque, il voit ses forces diminuer et son embonpoint disparaître. Il vient alors à la consultation pour les maladies du larynx.

M. Sabourin, interne du service, constate la présence d'un rétrécissement très-serré de l'œsophage; M. Raynaud pratique le cathétérisme avec la sonde œsophagienne, et fait pénétrer jusque dans l'œsophage la plus petite boule de la filière Charrière. Le malade vient irrégulièrement, et, son mal croissant, il se décide à entrer à l'hôpital.

*Actuellement*, cet homme est maigre, et ne se plaint que de la difficulté qu'il éprouve à avaler; c'est à peine si les liquides peuvent pénétrer jusque dans l'estomac. M. Raynaud pratique de nouveau le cathétérisme de l'œsophage. Mais, cette fois, il ne peut franchir le rétrécissement. On est complètement arrêté à 22 centimètres de l'arcade dentaire, ce qui fait supposer que la lésion siège un peu au-dessus de la partie moyenne de l'œsophage. Le siège du rétrécissement une fois établi, restait à en déterminer la nature.

L'examen du thorax ne démontre aucune lésion (anévrisme de l'aorte, tumeur du médiastin, etc.), qui puisse comprimer l'œsophage.

Il n'y a pas à songer à un rétrécissement cicatriciel, le malade affirme ne jamais avoir absorbé aucune substance caustique liquide ou solide. S'agissait-il d'un rétrécissement sy-



philitique ? il n'y avait chez ce malade aucune trace de syphilis antérieure ou actuelle. S'agissait-il d'un rétrécissement annulaire dû à l'épaississement de toutes les tuniques de l'œsophage ? Le fait à la rigueur était possible, vu que notre malade était un fort buveur (5 à 6 litres de vin en moyenne par jour) et un alcoolique (tremblement des mains, pитуites, rêves, athérome, etc.). Restait une dernière hypothèse, la plus probable celle d'un rétrécissement cancéreux.

Toutefois, il faut ajouter que jamais cet homme n'avait éprouvé de douleurs ou d'élançements, que jamais le cathétérisme n'avait amené la moindre hémorrhagie.

Chaque jour, on fait une tentative vaine de cathétérisme, avec les instruments les plus variés : bougies à baleine, sonde œsophagienne plombée, sonde et mandrin, etc. ; rien ne passe.

A partir du 15 juillet, les liquides sont rejetés au dehors, aussitôt après l'ingestion. On nourrit le malade au moyen de lavements alimentaires (viande dissoute dans un mélange de pepsine et de pancréatine, vin).

L'amaigrissement est rapide. Vers le 25 juillet, la voix s'altère, est bitonale, enrouée. L'examen laryngoscopique permet de constater la mobilité parfaite des deux cordes vocales ; elles sont un peu rouges.

L' inanition amène rapidement le malade à un degré de maigreur extrême. Le 3 août, L... est d'une faiblesse considérable, il ne peut plus quitter le lit ; ses joues sont creuses, ses pommettes saillantes, ses yeux profondément excavés. Il n'y a cependant ni délire ni fièvre. Le malade va évidemment succomber à l' inanition, si l'on n'intervient d'une manière efficace et rapidement. Les tentatives de cathétérisme, plusieurs fois répétées, sont restées sans résultat. M. Raynaud songe alors à l'opération de la « gastrostomie » dont M. Pozzi veut bien se charger.

Le lendemain tout est prêt pour pratiquer l'opération ; cependant, M. Raynaud fait une dernière tentative de cathétérisme et pénètre heureusement jusque dans la cavité stomacale. Cette fois M. Raynaud s'est servi de la sonde de M. Verneuil qui consiste en une bougie de baleine très-fine, terminée par une petite boule métallique de 1 millimètre 1/2 de diamètre environ, sur laquelle s'adapte et glisse, comme sur un conducteur, une sonde œsophagienne très-fine. M. Raynaud introduit donc d'abord la bougie, et fait glisser sur elle, jusques dans l'estomac, la sonde œsophagienne ; il retire alors la bougie seule, et, séance tenante, injecte par la sonde du bouillon et du vin. On remet alors l'opération. Le sondage est répété matin et soir pendant plusieurs jours. On tente enfin

de dilater le trajet en passant les boules successivement croissantes. Le 15, on passe une boule de 6 millimètres de diamètre. Dès lors, le malade se sonde lui-même, et pendant quelques semaines son état s'améliore légèrement.

Vers la fin du mois de septembre, le cathétérisme devient de nouveau très-difficile, à peine peut-on introduire la sonde du plus petit calibre. Ses forces diminuent rapidement, la toux et l'oppression apparaissent ; le malade est complètement aphone. A l'auscultation, on ne constate que des râles de bronchite généralisée. L'examen laryngoscopique démontre l'immobilité absolue des deux cordes vocales ; la glotte est demi-ouverte, immobile. Il n'y a ni ganglions cervicaux ni thoraciques, pas d'anévrysme aortique ; on suppose que les deux nerfs récurrents sont pris, soit au niveau du rétrécissement par le tissu cancéreux, soit au milieu de ganglions dégénérés qui les compriment. A partir du premier octobre, le malade éprouve chaque soir un mouvement fébrile léger. L'amaigrissement est extrême, ainsi que la faiblesse. Le cathétérisme, encore possible, est très-douloureux : la toux et la dyspnée augmentent. Enfin, le 20 octobre, il est pris d'une violente suffocation, et meurt étouffé en quelques minutes.

**AUTOPSIE.** — A l'ouverture du thorax, il est facile de voir que tous les organes contenus dans le médiastin et les parois (poumons et plèvres) qui limitent cette cavité sont adhérents les uns aux autres, et forment un bloc unique. Les deux poumons droit et gauche sont adhérents à la masse par leur lamelle antérieure et par leur face médiastine. On les sépare néanmoins assez facilement. Il n'y a pas de liquide pleural. Les deux plèvres médiastines droite et gauche sont très-épaissies et fortement accolées au péricarde et aux autres organes du médiastin. En décollant les plèvres et le péricarde, on reconnaît que le médiastin est transformé en un vaste foyer purulent dans lequel baignent l'aorte et les gros vaisseaux de la base du cœur. Le sommet du péricarde est complètement entouré de pus. Cette infiltration purulente se prolonge en arrière jusqu'à l'œsophage, englobant les bronches et les ganglions péri-bronchiques.

En ouvrant le *péricarde*, on trouve un dépôt abondant de fibrine sur les feuillets pariétal et viscéral, surtout vers le sommet, dépôt qui témoigne de l'existence d'une péricardite de voisinage. Le cœur est légèrement grasseyé, flasque.

*Œsophage.* — En sectionnant l'œsophage par sa face postérieure qui est à peu près saine et libre d'adhérence, on met à nu le rétrécissement, dû à l'agglomération de masses fongueuses, rosées, dont la nature sera à déterminer. Le rétrécissement commence à 8 centimètres de l'orifice du larynx,

ou mieux à 4 centimètres de l'extrémité de l'œsophage ; son étendue est de 5 centimètres. Le trajet, limité par ces masses fongueuses, est fort irrégulier et présente la forme d'un S, fait qui rendait le cathétérisme si difficile, bien que le rétrécissement ne fut pas infranchissable. Dans ce trajet tortueux, se voient deux orifices de perforation, l'un en bas, l'autre en haut. Une sonde cannelée, introduite par ce dernier, conduit dans le médiastin antérieur, en passant à gauche de la trachée. C'est évidemment à ces perforations qu'il faut rapporter le phlegmon du médiastin, et consécutivement la péricardite. Au-dessus du rétrécissement, l'œsophage est large de 6 centimètres  $1/2$  ; il n'y a donc pas là de dilatation, puisque le diamètre de l'œsophage à sa partie supérieure, est d'après M. Sappey, de 23 millimètres en moyenne. Au-dessous, l'œsophage mesure 3 centimètres de largeur ; cette portion serait donc rétrécie, puisque son diamètre normal est en moyenne de 27 millimètres, ou sa circonférence de 8 centimètres environ au niveau de son extrémité inférieure. Ni au-dessus ni au-dessous du rétrécissement, il n'y a d'ulcération ; mais, à 2 centimètres de la masse principale, se voient deux petites plaques saillantes, mamelonnées, probablement de même nature.

Le *larynx* est normal, les cordes vocales sont intactes, la muqueuse est recouverte de mucosités abondantes, les muscles sont assez grêles et peu colorés. La trachée, au niveau du point où siège le rétrécissement de l'œsophage, adhère d'une façon intime à ce dernier organe ; sa paroi postérieure, englobée dans la masse néoplasique, offre à sa surface interne de légers mamelons, de nature analogue aux précédents, et qui font saillie sur le conduit aérien. Les deux bronches droite et gauche sont entourées de pus ; elles sont le siège d'un catarrhe intense.

L'*aorte* est adhérente à la bronche gauche au point où ces deux organes s'entre-croisent. A ce niveau, l'aorte présente une plaque calcaire volumineuse de 1 centimètre  $1/2$  de longueur ; ailleurs ce vaisseau offre un épaississement notable de ses parois ; çà et là se voient, à sa surface interne, des plaques jaunâtres d'athérome. L'artère pulmonaire gauche est occupée par un caillot récent qui se prolonge jusque dans le ventricule droit. Les veines caves n'ont rien de particulier. Les nerfs phréniques sont, vers le sommet du péricarde, adhérents à cet organe, mais ils s'isolent assez facilement. Les pneumo-gastriques sont, au niveau du rétrécissement, légèrement adhérents à la masse néoplasique. Quant aux deux nerfs récurrents, c'est avec la plus grande difficulté qu'on les découvre sur les parties latérales de l'œsophage. Le récurrent

gauche, après avoir contourné la crosse aortique, est bientôt englobé dans la masse néoplasique au milieu de laquelle il est très-difficile de le suivre ; dans une partie de son trajet, il est baigné par du pus. Le récurrent droit est complètement entouré, il est impossible de l'isoler, il est également baigné par le pus à sa partie inférieure.

Les *poumons* sont atelectasiés en certains points et emphysémateux au sommet et aux bords. Pas de tubercules.

L'estomac est dilaté, il offre une particularité intéressante au point de vue de la gastrotomie ; il est bilobé par un étranglement, siégeant à sa partie moyenne, et peut-être eût-on éprouvé quelque difficulté soit à le reconnaître, soit à le fixer. Le foie est gras, la rate normale. Les reins n'offrent rien de particulier. Rien ailleurs.

*Examen histologique. 1° Au niveau de la zone périphérique.*— Toutes les couches de l'œsophage sont épaissies. Les cellules de la couche épithéliale sont volumineuses, très-serrées les unes contre les autres, encore stratifiées. La couche muqueuse de Malpighi est infiltrée de nombreux noyaux de nouvelle formation. Le derme, épaissi, est infiltré de cellules embryonnaires, sous forme de trainées. Les glandes sont les unes à peu près normales, leur revêtement épithélial existe encore, leur cavité présente, çà et là, quelques cellules flottantes ; les autres sont dilatées et complètement remplies de cellules épithéliales ; leur coupe oblique leur donne l'aspect de boyaux allongés. Les glandes sous-muqueuses sont remplies de cellules épithéliales. La couche musculaire est infiltrée de noyaux embryoplastiques qui, par leur agglomération, écartent les faisceaux musculaires.

*2° Au niveau d'un point ulcéré.*— Les diverses couches sont méconnaissables et sont remplacées par le tissu pathologique qui se compose d'une agglomération de cylindres pleins, ou de trainées d'épithélium en forme de boyaux, limités par un stroma fibreux. La muqueuse n'existe plus, la couche musculaire se reconnaît encore à la présence de quelques rares faisceaux musculaires englobés dans la masse épithéliale. La tunique celluleuse périphérique est infiltrée de boyaux épidermiques. Dans les points les plus altérés, se voient çà et là quelques globes épidermiques. Il s'agit en résumé d'un *épithélioma tubulé* dont le point de départ paraît avoir été dans les glandes dermiques et sous-dermiques.

Les muscles du larynx sont altérés. A côté de fibres musculaires saines se voient, en assez grand nombre, des fibres atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse.

**8. Cancer du rein; par QUENU, interne des hôpitaux.**

Mainfroy, A., âgé de 74 ans, couché à la salle Sainte-Marthe n° 13, a reçu, il y a deux ans, un coup de pied dans la région lombaire, le lendemain il urinait du sang, et il affirme que dès ce jour, il a senti une grosseur qui n'existait pas avant le traumatisme. Jusque-là il n'avait ressenti aucune douleur dans les reins, ni présenté de troubles dans la miction. La tuméfaction s'est peu à peu portée dans les flancs et a augmenté progressivement jusqu'aujourd'hui. A plusieurs reprises, le malade a uriné du sang, et a rendu, après des coliques assez fortes, des caillots vermiformes. Au mois de mars, M... a été soigné dans les salles de M. Verneuil, d'où il est sorti très-amélioré.

Au moment de l'entrée à Sainte-Marthe, le 15 mai 1878, cet homme n'est pas encore très-amaigri, la face, quoique pâle, n'a pas du tout la teinte jaune paille caractéristique du cancer. Peu de troubles digestifs.

Le ventre est irrégulièrement enflé par suite de la présence d'une tumeur qui occupe l'hypochondre gauche, le flanc gauche, et se prolonge en arrière dans les lombes. Cette tumeur est composée de deux masses, dont la droite plus petite s'avance dans la région ombilicale.

Ces deux portions de la tumeur sont mates à la percussion mais entre les deux existe une zone sonore à peu près verticale, signe qui nous prouverait à lui seul que le rein est le point de départ du mal. La consistance est élastique, en un point il y a une sensation de fluctuation tellement nette, que nous songeons un instant à un cysto-sarcome du rein. Une ponction exploratrice nous apprend bientôt qu'il n'y a pas de kyste, nous ne retirons que quelques gouttes d'un liquide sanglant qui contient des cellules épithéliales gigantesques et dégénérées. Le diagnostic est cancer du rein.

Dans le courant de mai, nous recueillons à plusieurs reprises l'urine rendue en vingt-quatre heures. La quantité moyenne est de un litre et demi.

Au mois de juin, nouvelles hématuries, la tumeur a augmenté considérablement de volume et remonte jusque dans l'épigastre. Dans le mois de juillet, M... a plusieurs vomissements bilieux. Le teint devient cachectique.

Le 15 juillet, la quantité d'urine, par jour, n'a pas diminué. Pas d'œdème des membres inférieurs.

*Septembre.* Les vomissements reprennent, le malade a de nouvelles hématuries, les douleurs sont peu intenses et ont toujours été supportables.

21 octobre. M... meurt de cachexie en conservant une parfaite connaissance jusqu'aux derniers moments. Pas d'œdème des membres inférieurs.

AUTOPSIE. — Une énorme tumeur remplit toute la cavité abdominale : elle s'étend à droite jusqu'à l'os iliaque ; à gauche, elle se perd dans le flanc ; en bas, elle dépasse peu le détroit supérieur, en haut, elle apparaît au-dessus de la petite courbure de l'estomac qu'elle a refoulée en avant. La rate lui est adhérente. En avant de la tumeur se trouvent le pancréas, le duodenum, l'estomac et le côlon descendant qui a été transporté avec le péritoine qui le recouvre jusque sur la ligne médiane. La face postérieure de la tumeur adhère au psoas gauche, elle repose sur l'aorte et sur la veine cave inférieure.

Les dimensions de la néoplasie sont les suivantes :

30 et 18 centimètres pour les deux principaux diamètres.

Circonférence, 75 centimètres.

A l'incision, il sort une quantité énorme de matière jaunâtre, analogue à du mastic, toute la masse est composée de cette matière qui, en certains points, est retenue en place bridée qu'elle est par des cloisons fibreuses. Ces cloisons semblent rappeler la disposition des calices dilatés. L'uretère a son calibre normal. Plusieurs branches de la veine rénale sont oblitérées par des concrétions adhérentes à la tunique interne.

Le *rein* droit est plutôt diminué de volume, il ne pèse que 100 grammes. Les artères, en général, sont athéromateuses, mais l'aorte en particulier forme un conduit rigide et comme ossifié, qu'il est impossible de déprimer. Cela ne peut-il pas nous expliquer l'absence d'œdème observée pendant la vie, l'aorte des membres inférieurs ayant pour ainsi dire maintenu la tumeur à une petite distance de la veine cave.

Le *foie* est farci de noyaux cancéreux ainsi que les poumons. Ces noyaux sont du carcinome variété encéphaloïde, ainsi que le démontrent et leur richesse en éléments cellulaires, et la minceur des travées qui circonscrivent les alvéoles. Les autres organes : estomac, intestin, cerveau, prostate, vessie, colonne vertébrale, ne présentent rien d'anormal, le cœur est sain.

En enlevant le *cerveau*, nous découvrons sur le pariétal gauche, tout près de la suture sagittale, un noyau cancéreux un peu plus large qu'une pièce de deux francs et occupant toutes les tables de l'os, il adhère très-peu au périoste et de plus on décolle assez facilement la dure-mère qui paraît saine; cette production semble s'être développée dans le diploë.

**9. Tumeur ganglionnaire du cou consécutive à un cancer du pharynx; par MAYOR.**

Ch..., Louis, âgé de 60 ans, entre le 2 juillet dans le service de M. LE DENTU à l'hôpital Saint-Antoine, pour se faire traiter d'une tumeur qui siège sur la partie latérale droite du cou. Cet homme prétend n'avoir jamais été malade. Aucun de ses parents n'a été atteint de tumeur d'aucune sorte, pas de signes de scrofule dans l'enfance, pas de rhumatisme, jamais de fièvre intermittente, quelques excès de boisson dans sa jeunesse, a eu la chaudepisse à 24 ans, à 28 ans et à 30 ans. La seconde blennorrhagie, qu'il dit n'avoir pas été accompagnée de chancre, a été suivie cependant d'ulcérations de la gorge, qui furent guéries par une solution, qu'on lui faisait boire dans du lait. Enfin, il y a six ans, chancre sur le dos de la verge, au niveau de la face interne du prépuce, dont il reste, comme trace, une petite cicatrice blanchâtre, non indurée. Il n'a pas eu de bubon. D'autre part, pas de phénomènes de syphilis secondaire. Actuellement, il n'a pas de pléiade ganglionnaire.

Pendant ces dernières années, à part cette affection vénérienne, il s'est toujours bien porté. Depuis douze mois seulement, il a vu paraître sur la partie latérale droite du cou, en arrière du sterno-mastoïdien, une grosseur, pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital. On s'assure qu'il ne présente rien du côté de la bouche, du pharynx, ou du larynx qui puisse motiver une dégénérescence ganglionnaire secondaire. De même, rien sur le tégument externe. Et cependant, dans la région que nous venons de dire, on trouve une tumeur volumineuse, gênant les mouvements du cou, lobulée et dure, évidemment ganglionnaire, qui occupe en hauteur presque toute l'étendue du cou. En effet, en haut, elle arrive à la région parotidienne à laquelle elle semble même adhérer assez fortement. En bas, elle reste à deux ou trois travers de doigt de la clavicule. Bien qu'il n'y ait aucun signe de compression, si ce n'est quelques douleurs du cou et de la tête, du côté correspondant, la tumeur paraît avoir des prolongements qui l'unissent aux organes profonds de la région. Cependant, ni l'œsophage, ni la trachée, ni le larynx, ni aucun nerf ou vaisseau, ne paraissent gênés dans leurs fonctions. La tumeur est plus volumineuse que le poing; cependant elle ne fait qu'une saillie très-moderée sous les téguments. La peau à ce niveau est rouge, violacée, adhérente aux bosselures les plus saillantes, offrant quelques tendances à s'ulcérer en un point

où la tumeur est évidemment plus molle. Partout ailleurs celle-ci est dure.

L'emplâtre de Vigo et l'iodure de potassium sont essayés sans succès. L'arsenic ne donne pas de meilleurs résultats. Quelques jours après l'entrée, le malade s'était plaint d'un peu de picotements de la gorge lorsqu'il avalait; ce qui sembla être dû à une sorte d'œdème des amygdales et du voile du palais, qui ne gênait pas autrement le malade. A l'occasion de l'apparition de ce symptôme, l'exploration digitale profonde du pharynx fut renouvelée, et n'apprit rien de nouveau.

Au commencement de septembre, M. Moura fit un examen laryngoscopique, qui ne donna pas de résultats plus exacts. Pendant ce temps, la tumeur augmentait graduellement. Le 29 septembre, elle s'étend à toute la hauteur de la région cervicale; elle est largement ulcérée et saigne facilement. Le malade, qui avait, dit-il, à peine maigri avant d'entrer à l'hôpital, s'est émacié très-rapidement; il a pris un teint pâle, jaunâtre. Depuis quelques jours, il se plaint, d'une part de douleurs dans le cou et au niveau de la partie supérieure de la région pectorale droite, d'autre part de gêne en avalant. Du côté de l'isthme du gosier, il n'y a rien de nouveau. Mais la gêne de déglutition paraît siéger plus bas. Il semble au malade, surtout le matin, que le bouillon qu'il boit s'arrête à une certaine hauteur, au-dessous du larynx, et qu'il passe difficilement. Les digestions sont peu faciles; il y a mauvaise odeur de la bouche.

L'auscultation du poumon montre quelques gros râles de bronchite dans les deux poumons. Rien à la percussion. *Cœur* rien. *Foie* rien.

30 *Sept.* Le malade s'était déjà plaint, en juillet, d'une douleur névralgiforme de la partie antérieure de la cuisse, cette douleur a reparu ces jours derniers. Elle semble siéger dans le département innervé par les nerfs cutanés émanant du plexus lombaire; pas d'autres troubles de sensibilité, pas de troubles de motilité.

22 *Octobre.* Le malade s'est affaibli graduellement. Il avalait très-difficilement, et était dans un tel état de faiblesse que tout examen devenait impossible. Dans les derniers jours, il tousse un peu, les crachats blancs, spumeux, ne présentent rien de remarquable. Mort le 22 octobre à 4 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 22 octobre. — *Cou.* — La trachée et l'œsophage ne paraissent pas comprimés par la tumeur. Les gros vaisseaux du cou, placés immédiatement au-dessous d'elle, ne sont pas altérés. La tumeur siège au-dessous et en avant du sterno-mastoidien, qu'elle rejette en arrière. Le pharynx, enlevé



avec la trachée et fendu par sa face postérieure, montre, dans sa gouttière latérale droite, une petite plaque d'apparence épithéliomateuse, qui refoule très-légèrement le repli aryténo-épiglottique, sans avoir déterminé d'œdème de ce repli, non plus que du reste de la muqueuse du larynx. Cette petite plaque est ovale, à grand axe vertical. Son extrémité supérieure répond à la base de l'épiglotte ; son extrémité inférieure à la partie moyenne du cartilage cricoïde. Sa largeur est de deux centimètres environ. En arrière, elle est jointe au ganglion le plus voisin, à travers les parois du pharynx, par une sorte de petit cordon très-court, qui apparaît sur la coupe comme un petit cylindre de couleur blanche, et de deux millimètres de diamètre, presque aussitôt ce petit cordon, probablement un lymphatique dégénéré, tombe dans la masse ganglionnaire. Rien autre dans le pharynx, l'œsophage, l'arrière-cavité des fosses nasales, le larynx et la trachée.

*Cavité thoracique.*—*Cœur*, rien d'anormal. *Poumon*. Les deux poumons contiennent une certaine quantité de petits nodules cancéreux, blanc grisâtres. Les plus gros, au nombre de trois, atteignent la grosseur d'une noix. L'un d'eux, plus volumineux, occupe le bord antérieur du poumon gauche, et fait adhérer cet organe à la plèvre médiastine. Le péricarde lui-même n'est pas atteint. Ce nodule est aplati d'avant en arrière. En aucun autre point la plèvre n'est altérée. Les nodules qui atteignent la superficie du poumon sont indiqués par de petites dépressions, entourées d'une zone très-mince de tissu noir ardoisé, semblable au tissu pulmonaire sclérosé. La plus étendue de ces dépressions siège sur le bord postérieur du poumon droit. Elle n'égale pas en surface une pièce de vingt centimes. Les nodules de la grosseur d'un pois ou d'une petite noisette sont assez nombreux (une quinzaine dans chaque poumon), mais très-disséminés, et entourés de tissu pulmonaire sain. Car le poumon n'est guère congestionné et œdémateux, qu'aux deux bases.

*Cavité abdominale.*—*Estomac* : sain. En avant de la tête du pancréas, et de la seconde portion du duodénum, se trouve un ganglion, assez indépendant, et dégénéré, de la grosseur d'une petite noix. Très-petit ganglion dégénéré au hile du foie. Ce viscère présente aussi plusieurs nodules blancs, de la grosseur d'une noisette, à la périphérie desquels les lobules sont refoulés, aplatis. Quelques-uns de ces nodules sont superficiels, d'autres profonds. Au bord postérieur du lobe droit, on trouve une masse de la grosseur d'un œuf, entourée d'un grand nombre de petits nodules satellites, irrégulièrement disposés, ne s'étendant qu'à faible distance et d'autant moins volumineux qu'ils sont situés plus loin de la masse centrale,

à laquelle un certain nombre sont accolés, réunis par continuité de tissu.

Les ganglions lombaires sont dégénérés et forment une masse peu volumineuse, mais qui se prolonge sur le côté gauche de la colonne vertébrale, de façon à comprimer légèrement le plexus lombaire. De plus il y a, en ce point, dégénérescence superficielle de la partie latérale du corps d'une des vertèbres. Dans un des troncs nerveux comprimés, appartenant à la partie supérieure du plexus, on a pu reconnaître manifestement, après l'action de l'acide osmique, la coloration au carmin, et par la dissociation, l'existence d'un certain nombre de fibres en voie de dégénération.

REMARQUES.— Dans le cas actuel, pendant longtemps, grâce aux résultats nuls donnés par l'exploration des cavités pharyngo-buccale et laryngée, on avait dû conserver, tout en faisant les plus grandes réserves, le diagnostic : néoplasme ganglionnaire primitif. L'examen laryngoscopique, fait deux mois environ avant la mort, est resté sans résultat, sans doute parce que la tumeur primitive n'avait pas encore atteint la base de l'épiglotte. S'il avait pu être répété un mois après, il eût alors probablement éclairé le diagnostic. L'autopsie a démontré qu'ils'agissait encore ici, d'un cas de cancer ganglionnaire énorme secondaire à une petite tumeur primitive, laquelle, pouvant rester inaperçue, laisse penser, pendant un certain temps, à cette affection, au moins extrêmement rare : le cancer ganglionnaire primitif.

M. LETULLE a observé un cas analogue dont le point de départ avait été une tumeur du repli aryténo-épiglottique gauche.

*Le Secrétaire,*  
E. BARIÉ.

---

## NOVEMBRE

*Séance du 8 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### **1. Pseudo-leucémie; par M. CASTEX, interne des hôpitaux.**

Le nommé B., âgé de 53 ans, boulanger, entre le 26 juin 1878, à la salle St-Jérôme, dans le service de M. le Pr JACCOUD à l'hôpital Lariboisière.

On relève comme antécédents morbides; la variole en 1847 et une pneumonie droite en 1852. Depuis longtemps le malade avait remarqué aux aines et aux aisselles de petites tumeurs auxquelles il n'attachait pas d'importance. Mais il y a huit mois environ, il vit apparaître des tumeurs analogues sur les parties latérales du cou; en même temps que la respiration devenait difficile. C'est principalement pour cette dyspnée qu'il entre à l'hôpital. Voici dans quel état il se présente à cette époque.

L'hypertrophie ganglionnaire est très-apparente aux aines, aux aisselles, au cou, au creux poplité, le ganglion épitrochléen participe à l'hyperplasie, et les amygdales, par leur développement, rendent très-difficiles les mouvements de déglutition. La *rate* est très-volumineuse. En avant, elle atteint presque à la ligne blanche; en bas, elle descend jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. — Pas de diarrhée.

L'inspiration est rude, ce qui semble indiquer l'adénopathie bronchique. En outre, le malade se réveille quelquefois en sursaut pendant la nuit, comme si une main, dit-il, l'étreignait à la gorge. Il est amaigri, mais n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Il n'avoue pas d'alcoolisme.

L'examen microscopique du sang montre les globules

quelque peu déformés et décolorés, mais aucune prédominance des globules blancs. C'est sur ce fait que se fonde le diagnostic « pseudo-leucémie » porté par M. Jaccoud.

*Prescription*, 2 gr. d'iodure de potassium.

2 granules d'acide arsénieux.

Après un mois de séjour à l'hôpital, le malade meurt subitement et l'examen microscopique confirme le diagnostic. Tous les ganglions cités plus haut et la rate présentent des tumeurs lymphadéniques (constatées par le microscope) qui acquièrent leur plus grand développement dans le parenchyme de la rate. Nous avons eu soin de briser un des fémurs pour en examiner la moelle. Elle n'avait pas de caractère particulier.

RÉFLEXIONS. — M. Jaccoud nous a prié de présenter, en son nom, cette observation à la Société anatomique, parce qu'il la considère comme un exemple de pseudo-leucémie, l'une des formes de la diathèse lymphogène dont la leucocythémie représente l'autre forme. A part la persistance du rapport entre les deux espèces de globules sanguins, ce cas reproduisait, en effet, le tableau de la leucocythémie commune. — M. Jaccoud rappelle que cette diathèse lymphogène à double forme a été établie, pour la première fois, dans ses leçons cliniques faites à l'hôpital Lariboisière en 1872.

M. BARIÉ. Dans une des séances du mois de novembre 1876, j'ai eu l'occasion de rapporter à la Société, avec pièces anatomiques à l'appui, l'histoire d'un malade qui peut être considéré, je crois, comme l'exemple le plus complet de pseudo-leucémie qui ait été publié jusqu'ici. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, chez lequel existait une hypertrophie considérable et généralisée des ganglions lymphatiques : pli de l'aîne, creux axillaire, région cervicale, adénopathies bronchique, gastro-hépatique et mésentérique; tumeurs lymphoïdes du foie, de la rate, des reins, du cœur, de la peau, etc., etc. De même que, dans le cas qu'on vient de nous présenter, la numération des globules n'avait accusé aucune augmentation dans le nombre des leucocytes, et les principaux symptômes présentés par ce malade, dont l'histoire clinique a été rapportée ailleurs (*Desnos et Barié. — Gazette médicale de Paris, 1876. — nos 34 et 35*) avaient été un ictère persistant, des douleurs lombaires atroces avec un état cachectique considérable.

Ces faits doivent être rapprochés de cas analogues déjà décrits par Cossy, Leudet (de Rouen), Potain, Laboulbène et Trousseau en France, par Pavy en Angleterre, en Allemagne par Wunderlich qui, le premier, avait donné à cette affection le nom de pseudo-leucémie, qu'il vaudrait mieux, à mon sens,

remplacer par celui de lymphadénie; dans tous les cas, il s'agit bien là d'une affection à faire rentrer dans le groupe de la *diathèse lymphogène* de Jaccoud.

**3. Thrombose de la veine-porte, survenue dans le cours d'une cirrhose atrophique à évolution latente. — Absence d'ascite. — Hématémèse. — Hémorragies intestinales;** par Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., âgé de 48 ans, entré vers le 25 septembre 1878, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. RAYNAUD (alors suppléé par M. HUCHARD), pour une anémie profonde et une perte totale de forces.

Cet homme fait remonter le début de sa maladie au mois de janvier 1877. A cette époque, sans cause connue et sans avoir souffert d'aucun trouble digestif, il est subitement pris d'une hématémèse considérable. Il remplit, en un instant, une cuvette d'un sang rosé, mêlé à quelques parcelles alimentaires. Il garde le lit quelques jours, puis bientôt la fatigue et l'anémie, consécutive à cette perte de sang, ayant disparu, il reprend ses occupations. Quelque temps après, nouvelle hématémèse; trois fois dans le courant de l'année 1878, cet accident se reproduit et s'accompagne de méléna. Une fois enfin, il aurait rendu par l'anus du sang presque pur (?). Peu à peu, le malade maigrit, pâlit, il perdit ses forces; cependant, il n'accuse, durant cette période, aucun trouble digestif bien notable. Depuis cinq à six mois environ, l'anémie est extrême et l'appétit disparaît graduellement; de temps à autre, apparaissent quelques nausées, quelques vomituritions glaireuses, mais jamais de vomissements persistants, incoercibles, ni de violentes douleurs épigastriques.

C'est alors qu'il entre à l'hôpital. Actuellement, ce malade est maigre; il a la peau sèche, sans élasticité, légèrement œdématisée dans les régions malléolaires; il est complètement apyrétique; il est dans un état d'anémie profonde; il offre une teinte blanc sale (très-analogue à celle de la vieille cire blanche) avec un léger reflet jaunâtre, dû probablement à un faible degré d'hémaphysisme. Il est d'une faiblesse extrême, il éprouve des étourdissements au moindre mouvement et craint sans cesse de perdre connaissance. La langue est saburrale; depuis quinze jours, les selles sont diarrhéiques colliquatives; l'appétit est fort diminué; l'ingestion des aliments ne s'accompagne pas de chaleur ou de douleurs épigastriques violentes; le peu qu'il en prend est, dit-il, digéré assez bien. Le malade accuse une légère douleur stomacale et lombaire.

Le ventre est souple, douloureux à la pression dans la région épigastrique, sonore, sans la moindre trace d'ascite. Les veines abdominales sous-cutanées sont visibles, mais n'offrent rien qui attire l'attention. Rien de particulier du côté des viscères abdominaux, foie ou rate. Dans les poumons, ça et là, quelques râles de bronchite. Il n'y a aucune lésion des orifices du cœur; on ne constate qu'un léger souffle anémique à la base. Les urines sont normales. En présence de ces symptômes (hématémèse, mœœna, etc.) de l'état général, malgré le peu d'intensité des troubles stomacaux, malgré l'absence de douleur après l'ingestion des aliments, on pose le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac qui, en l'absence d'autres causes, paraît le mieux expliquer ces hémorrhagies répétées. On prescrit le régime lacté. — 6 octobre. Le malade est pris d'une hématémèse considérable; la faiblesse est extrême. Dans la nuit, il meurt de syncope.

**AUTOPSIE.**—*Abdomen.*—Tous les viscères sont anémiés, exsangues. Un peu de liquide ascitique, à peine un demi-litre. Le foie est petit, rétracté, très-pâle; il est dur, résistant, crie sous le scalpel; à la coupe, son tissu est parcouru par de nombreux tractus fibreux qui forment une sorte de réseau, limitant de petits lobules du volume d'un grain de blé, jaunâtres; il offre, en un mot, l'aspect d'un foie atteint de cirrhose annulaire.

La *veine-porte* est complètement remplie par un caillot fibreux, blanchâtre, intimement adhérent à la paroi veineuse au point de bifurcation de ce vaisseau. A ce niveau, le caillot est ramolli à son centre, creusé d'une cavité remplie d'une bouillie puriforme. Dans le tronc principal, le caillot présente ça et là de nombreux points d'adhérence, surtout le long de la face déclive. On peut facilement suivre et soulever ce caillot dans les deux divisions droite et gauche de la veine porte; il s'arrête brusquement au point où ces divisions pénètrent dans le tissu hépatique; à droite, cependant, un petit caillot cruorique récent se prolonge dans une division secondaire, dans l'étendue de deux centimètres. Le caillot principal se prolonge dans les veines d'origine du vaisseau porte; dans la veine splénique, il s'étend jusqu'à la rate et près de sa terminaison, il est mi-cruorique et mi-fibreux; dans les veines mésentériques, il descend jusqu'aux insertions mésentériques, au niveau desquelles, il est simplement cruorique. Les artères sont saines. Il n'y a pas d'anomalie de la veine-porte.

La rate est volumineuse, anémiée, assez consistante. Le pancréas est normal. L'estomac ne présente pas la moindre trace d'ulcération; on trouve une vaste plaque ecchymotique noirâtre qui occupe les trois quarts de la surface muqueuse.

On ne peut retrouver de ruptures vasculaires. La muqueuse est œdématisée et recouverte de mucosités abondantes. L'estomac contient environ trois quarts de litre d'un sang noirâtre en partie coagulé et en partie liquide.

Il n'y a pas d'ulcérations duodénales ou œsophagiennes. La muqueuse de l'intestin grêle est ecchymotique par places et, dans toute son étendue, imbibée par le sang que contient la cavité intestinale. Ce liquide melœnique est très-abondant. Le gros intestin est le siège d'un catarrhe intense. — *Les reins* ne paraissent pas altérés; les poumons sont sains, mais exsangues; le cœur est sans lésions.

*L'examen histologique* du foie démontre qu'il s'agit d'une cirrhose vulgaire, les lésions portant principalement sur le tissu conjonctif qui entoure les ramifications de la veine-porte.

A l'examen de diverses coupes portant à la fois sur le caillot et la veine-porte, on voit que : 1° Dans les points où le caillot est complètement adhérent à la paroi veineuse, la tunique externe est à peu près intacte; la tunique moyenne, assez épaisse, est infiltrée de cellules embryonnaires; la lame élastique interne existe encore en quelques points; ailleurs elle a complètement disparu, si bien qu'en ces points, on ne trouve plus de limite entre la tunique moyenne et la tunique interne qui semblent confondues. De la tunique interne, fortement épaissie, partent des prolongements qui pénètrent dans le caillot et se substituent à lui. Ces bourgeons de la tunique interne présentent çà et là quelques vaisseaux à parois embryonnaires. Au delà, se voit le caillot fibrineux qui occupe le centre du vaisseau; on le reconnaît à ses mailles, limitées par des fibrilles fibrineuses et contenant, dans leur intérieur, des amas de globules rouges, encore reconnaissables;

2° Dans les points où le caillot est simplement accolé à la paroi interne de la veine-porte, il y a un épaississement notable de la tunique interne, avec prolifération de l'endothélium.

REFLEXIONS. — Plusieurs points dans cette observation méritent d'attirer l'attention. Nous ferons remarquer :

1° Tout d'abord l'absence des symptômes classiques de la cirrhose atrophique — ascite et dilatation des veines sous-cutanées abdominales — absence qui a fait méconnaître l'affection hépatique;

2° La complication assez rare de thrombose de la veine-porte; — 3° Les signes exceptionnels : hémorrhagies stomacales et intestinales, qui ont fait errer le diagnostic;

4° L'absence d'ascite, même après l'obstruction complète de la veine-porte, qui devait dater déjà d'un temps assez long,

ainsi que paraissent le démontrer les lésions anatomiques. Il semble, en effet, que la première conséquence d'une obstruction de la veine-porte soit de produire une ascite plus ou moins rapide avec dilatation des veines accessoires et apparition des veines sous-cutanées abdominales; c'est du moins ce qui est noté dans le plus grand nombre des observations de ce genre. Sur vingt-huit observations d'obstruction de la veine-porte, Frerichs ne cite que trois cas dans lesquels il n'y eut pas d'ascite, mais dans ces trois faits, il y eut des hémorrhagies stomacales ou intestinales que cet auteur croit devoir considérer comme supplémentaires de l'ascite. Dans l'observation que nous rapportons, y a-t-il relation de cause à effet entre l'obstruction de la veine-porte et les hémorrhagies stomacales? Nous ne le croyons pas absolument, car les hématomés datent de vingt mois, et certainement la thrombose ne s'est produite que dans la phase ultime de la maladie, postérieurement aux premières hématomés, aussi croyons-nous qu'il faut interpréter ces divers phénomènes de la façon suivante :

Dans le cours d'une cirrhose d'évolution latente, le malade a été pris d'hémorrhagies stomacales, en raison : 1° de la gêne de la circulation en retour dans le système porte; 2° de la tendance des hépatiques aux hémorrhagies multiples. Dans une phase avancée de l'affection, la thrombose s'est faite spontanément, favorisée : 1° par la gêne, le ralentissement de la circulation porte; 2° par l'anémie profonde dans laquelle était tombé le malade; 3° par la tendance qu'offre à se coaguler le sang chez les sujets cachectiques.

La thrombose de la veine-porte est pour le cirrhotique ce que la *phlegmatia alba dolens* est pour le cancéreux. Quant à l'absence d'ascite après l'obstruction porte, on ne peut guère l'expliquer, en l'absence de dilatations veineuses collatérales que par la production des hématomés abondantes des derniers jours, qui ont produit une dérivation et une déplétion du système porte abdominal.

### 3. Vaisseaux omphalo-mésentériques; par Ch. FÉRÉ.

Je présente à la Société le cadavre d'un jeune chat de huit jours, dont le cordon ombilical est tombé, et sur lequel on trouve les vaisseaux omphalo-mésentériques perméables et remplis de sang encore liquide au moment de l'autopsie, qui a été faite quelques minutes après la mort. Sur six autres petits chats que j'ai ouverts du huitième au dixième jour, j'ai pu constater aussi la perméabilité des mêmes vaisseaux; M. Ch. Robin les avait vus pleins de sang seulement qua-



rante-huit heures après la naissance (*Mémoire sur la rétraction, la cicatrisation et l'inflammation des vaisseaux ombilicaux*, in *Mém. de l'Acad. Méd.*, T. XIV, 1860, p. 395). Deux chats de quinze jours ne présentaient plus que des cordons imperméables, sur un autre de cinq semaines, il n'en restait plus de traces. La persistance de ces cordons n'est pas spéciale au chat, on la retrouve chez les jeunes chiens et vraisemblablement sur plusieurs autres animaux dont la période foétale est relativement courte. Ces faits sont sans doute bien connus aux naturalistes, mais comme je n'ai trouvé à ce sujet aucun renseignement dans les livres d'anatomie comparée que j'ai consultés, j'ai pensé qu'il serait intéressant de les communiquer à la Société.

Je ne pense pas qu'on ait rencontré de trace de ces vaisseaux chez l'enfant mort-né, sauf les cas de malformation par arrêt de développement de la vessie (extrophie, etc.) ; cependant le fait est possible, puisque Spangenberg (de Hanovre) a observé un cas de persistance avec perméabilité partielle chez un sujet de plus de vingt ans (*Journ. complém. des sc. méd.*, T. VI, p. 375).

**4. Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique ;** par  
HANOT, chef de clinique, et COIFFIER, externe du service.

Marie Daribey, âgée de 22 ans, danseuse, entre le 16 septembre 1878 à l'hôpital de la Pitié, salle St-Charles, n° 32.

A son entrée, la malade est dans un état de prostration tel qu'elle ne peut donner aucun renseignement précis sur ses antécédents ; on apprend cependant par une de ses parentes qu'elle a toujours mené une vie des plus misérables ; qu'elle a eu à subir de la part de son mari toutes sortes de mauvais traitements, qu'elle n'était pas adonnée aux boissons alcooliques, qu'elle était malade et ictérique environ depuis deux ans, qu'elle a beaucoup maigri depuis cette époque.

Depuis cette époque aussi, la malade avait remarqué que son ventre avait augmenté de volume : elle se plaignait souvent du côté droit et saignait souvent du nez.

La malade est dans le décubitus dorsal, parle très-lentement et difficilement, et offre un ictère généralisé assez intense. Sa langue est blanche, sèche, un peu rouge sur les bords : la soif est vive, l'appétit nul. Le ventre est ballonné, douloureux à peu près partout, mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite où il est facile de constater du gargouillement. Les selles sont abondantes, nombreuses (3 à 8 par nuit) en même temps que liquides et d'un jaune ocre. Pas d'ascite.

Le foie dépasse d'au moins quatre travers de doigt les

dessous de la clavicule : l'hypochondre droit est légèrement soulevé, et la percussion à son niveau éveille une douleur assez vive.

La rate est également très-tuméfiée et douloureuse ; on la sent assez facilement à la palpation, et l'on constate qu'elle se dirige en bas et en dedans du côté de la ligne médiane, tendant à gagner l'ombilic.

Les veines sous-cutanées sus-ombilicales sont légèrement dilatées. Le poulx est très-petit, fréquent (100 puls.), la peau est un peu chaude, rugueuse..., rien de particulier au cœur. T. 39°,6.

L'auscultation des poumons n'indique aucun bruit anormal. Le murmure respiratoire est parfaitement normal aux deux sommets et va ensuite en s'affaiblissant de haut en bas, à mesure que l'on se rapproche des deux bases ; au niveau de celles-ci, la respiration est nulle, et, à la percussion, on constate la présence d'une matité qui se continue, sans ligne de démarcation avec celle du foie.

L'urine est rare, dense, couleur acajou. Par l'acide azotique, elle prend une teinte verdâtre sale, et donne naissance à un petit nuage blanchâtre, qui augmente sous l'influence de la chaleur et que ne redissout pas un excès d'acide. La faiblesse de la malade est extrême : elle n'a conscience que d'une violente céphalalgie et porte sans cesse ses mains à son front.

Le 22 septembre, la malade va mieux ; sa langue est redevenue humide, et elle peut prendre quelque nourriture. La diarrhée a fait place à une légère constipation, mais le ventre est toujours tendu et douloureux, et au niveau de l'hypogastre, on trouve la zone mate de quatre travers de doigt environ.

Le poulx est moins fréquent, la peau est toujours rugueuse, mais fraîche, et la température qui, les premiers jours oscillait entre 38°,5 et 40°, n'est plus que de 37°,8.

La malade a maintenant la force de se plaindre et accuse de la douleur, surtout au niveau de l'hypochondre droit et à la tête. L'hypochondre droit est, en effet, très-douloureux à la moindre pression et surtout à la percussion. M. le professeur Lasèque ordonne l'application locale de quelques sangsues. Quant à la douleur céphalique, elle siège surtout au niveau de l'oreille droite et de la tempe du même côté. La malade y a constamment la main.

Le 6 octobre, la malade est de nouveau dans l'état de prostration profonde des premiers jours. Elle vomit fréquemment et avec effort un liquide verdâtre, et refuse toute nourriture.

Elle est constipée, et son ventre est fortement distendu par des gaz, en même temps que l'ascite commence à se dévelop-

per. Les pieds s'œdémaient, le poulx est très-petit; la température du matin oscille constamment depuis quatre à cinq jours entre 38° et 39° 6. La faiblesse est extrême.

Le 15 octobre, il y a un mieux très-sensible. La maladie cause de nouveau avec facilité, et est sortie de l'assoupissement profond des jours passés. La fièvre est tombée (37° à 38°). Cependant le ventre est de plus en plus volumineux et tendu. La matité hépatique descend toujours jusqu'au niveau de l'ombilic; les jambes sont œdématisées jusqu'aux genoux.

22 octobre. La malade est retombée dans l'état de stupeur profonde où elle était à son arrivée à l'hôpital, elle ne reconnaît plus personne.

L'ictère est devenu de plus en plus foncé; la langue est complètement sèche: le ventre est énorme; poulx presque imperceptible; respiration très-lente et difficile; T. 40° 4; urine très-rare et presque noire. Mort le même jour à 3 heures du soir.

**AUTOPSIE.** — Ecoulement d'une certaine quantité (1 litre environ) d'une sérosité limpide à l'ouverture du thorax. — *Plèvres* intactes et sans aucune adhérence. — *Poumons*, congestion légère à la base. — *Péricarde* offre deux ou trois cuillerées d'un liquide analogue à celui des plèvres. — Le *cœur* est petit, mou, flasque, pèse 195 grammes et les parois du ventricule gauche mesurent à peine un demi-centimètre.

Le *péritoine* est distendu par une notable quantité de sérosité (2 à 3 litres). Point d'adhérences, ni de fausses membranes. — Les reins sont mous, noirâtres; le gauche pèse 435 grammes, le droit 430 grammes. — *Rate* énormément grosse, dure, bosselée, pèse 930 grammes. — Le *foie* est très-volumineux, d'une coloration grisâtre, d'une dureté ligneuse. — Le *péritoine* est épaissi à son niveau. Le poids de la glande est de 2,700 grammes. Sa face supérieure est légèrement granuleuse; la face inférieure est plus unie. Sur les coupes de l'organe, les granulations s'accusent davantage.

L'examen microscopique a été pratiqué par M. QUENU, interne des hôpitaux, attaché au Laboratoire d'histologie de Clamart. Il a constaté les lésions caractéristiques de la cirrhose hypertrophique avec ictère: développements anormaux des canalicules biliaires; cirrhose extra et intra-lobulaire.

**REMARQUES.** — Cette observation reproduit un des chapitres de l'affection que j'ai décrite sous le nom de *cirrhose hypertrophique avec ictère* et que j'ai opposée, en tant que cirrhose biliaire, à la cirrhose veineuse ou cirrhose vulgaire. Je ferai remarquer les poussées si fréquentes, et si importantes cliniquement de la péri-hépatite; les fluctuations

de l'ictère ; le peu de développement des veines sous-cutanées abdominales, de l'ascite qui n'apparut qu'aux dernières heures. Pourquoi cirrhose ? me dira-t-on ; parce qu'il me semble juste de donner le même nom spécifique à deux affections qui offrent la plus frappante analogie dans leur processus anatomique initial. Or, de même que la cirrhose vulgaire est due à une sclérose systématique développée autour des radicules de la veine-porte, de même la cirrhose biliaire est une sclérose systématique développée autour des radicules biliaires.

**5. Hypertrophie concentrique du cœur dans un cas de néphrite interstitielle ;** par HANOT, chef de clinique et DEBRUN, externe du service.

Talboulter Eugène, peintre en bâtiment, âgé de 41 ans. Entré à l'hôpital le 5 août 1878. Salle St-Paul, n° 7.

Travaille depuis douze ans dans la peinture, a eu six attaques de coliques de plomb, chacune à un an d'intervalle, la dernière datant de deux ans. A cette dernière attaque s'ajoutèrent des phénomènes parétiques, portant sur les extenseurs de la main droite, accidents qui disparurent après un mois de traitement. Il y a cinq à six semaines, sans cause appréciable, un peu d'inappétence, de la céphalalgie, un léger malaise général, et quelques jours après se produisit une attaque apoplectique avec perte absolue de connaissance. Le coma dura trente-six heures. Quand le malade revint à lui, il constata que son côté droit était paralysé. La paralysie alla en augmentant pendant trois jours, puis resta dans le *statu quo*.

Peu à peu, l'index et le médus du côté paralysé se fléchirent, et c'est pour être traité de la paralysie qu'il se présente à l'hôpital. Tout d'abord, on constate que le malade a de la peine à respirer. Il est pâle, anémique et légèrement bouffi. *A l'auscultation*, les poumons semblent à peu près indemnes ; quelques râles sous-crépitaux aux bases ; au cœur, impulsions fortes, bruit de galop, pas d'autre bruit anormal. Le cœur paraît hypertrophié, la matité précordiale est augmentée et l'on peut constater une légère voussure au niveau de la région sterno-mammaire gauche.

Les urines sont abondantes, claires, peu chargées. Leur analyse démontre la présence de l'albumine à la dose moyenne de 5 grammes par jour. La quantité d'urine rendue est de deux litres et demi par jour.

Le côté droit est parésié au point de vue de la motilité. — La sensibilité y est intacte. Les mouvements sensiblement

plus faibles que du côté opposé s'effectuent sans trop de difficulté.

La marche est possible, elle se fait en fauchant; seuls les deux doigts fléchis ne se relèvent que difficilement. Ils ne sont cependant pas contracturés, et on peut, en aidant l'extension, arriver sans peine ni résistance à la produire. Les muscles extenseurs de l'index et du médius sont sensiblement atrophiés. Le malade est soumis aux courants électriques; une légère amélioration se produit.

20 *septembre*. Une dyspnée subite se produit, le malade est cyanosé, il ne peut rester couché, on constate l'existence d'un épanchement pleural droit considérable. De l'œdème malléolaire se produit.

21 *septembre*. Même état. Potion de Todd.

22 *septembre*. Vésicatoire.

23 *septembre*. Amélioration notable au point de vue des phénomènes généraux. Même état actuel.

28 *septembre*. L'épanchement a notablement diminué.

30 *septembre*. Il n'en reste plus de traces.

Dans le courant du mois d'octobre, l'état du malade fut excellent, il se préparait à sortir, lorsque le 24 *octobre*, il fut encore pris d'une dyspnée subite, s'accompagnant des mêmes phénomènes que précédemment, cependant l'auscultation ne donne aucun résultat.

26 *octobre*. On peut constater l'existence d'un souffle doux à l'expiration, au niveau de la pointe de l'omoplate.

27 *octobre*. Le souffle a disparu, la sonorité est normale des deux côtés du thorax.

28 *octobre*. La cyanose et la dyspnée augmentent.

31 *octobre*. Le malade asphyxie complètement. — Il meurt le 1<sup>er</sup> novembre.

AUTOPSIE. — Épanchement thoracique gauche peu abondant, reins assez petits, rouges, scléreux, présentant quelques kystes. L'examen du cerveau n'a pu être fait. Le cœur pèse 410 grammes. Le ventricule gauche est comme tétanisé; on dirait avoir sous le doigt le ventre fortement contracté d'un biceps très-développé. Le tissu est d'un rouge vif très-résistant. Les parois ont 0 m. 02 d'épaisseur et circonscrivent une cavité comblée par un caillot grisâtre, élastique, et qui tiendrait à peine l'index. Épaisseur de la paroi inter-ventriculaire, 0 m. 025.

Les parois du ventricule droit sont amincies, lamelliformes: les cavités, notablement rétrécies, ont à peine la moitié du volume ordinaire.

REMARQUE. — Je rappelle que j'ai déjà publié dans les *Archives de médecine de 1878*, deux autres observations d'hyper-

trophie concentrique du ventricule gauche dans la néphrite interstitielle.

**6. Note sur deux cas d'embolie graisseuse pulmonaire consécutive à des fractures ; par J. DÉJÉRINE.**

En 1862, Zenker faisant l'autopsie d'un homme écrasé entre deux wagons, trouva les capillaires du poumon remplis de graisse, il crut que cette graisse provenait soit du contenu de l'estomac, soit du foie qui était stéatosé, car ces deux organes avaient été altérés par le traumatisme. Zenker considéra ce fait comme très-intéressant au point de vue anatomique, mais il ne reconnut pas la relation qui existait entre l'embolie graisseuse et les traumatismes, aussi n'accorda-t-il pas une grande importance pratique au cas qu'il avait eu l'occasion d'observer.

La même année Wagner publia plusieurs cas d'embolie graisseuse, mais il regarda cette dernière comme provenant de la métamorphose du pus et comme cause de la pyémie. Ce n'est qu'en 1865 que Wagner et Busch arrivèrent à peu près en même temps, et chacun de leur côté, à une description exacte et complète de la nature et des causes de l'embolie graisseuse dans les altérations osseuses ; dès lors, la doctrine de l'embolie graisseuse reposa sur des bases inattaquables, et les travaux anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentaux se succédèrent rapidement. On constata que, dans toute fracture, il y avait embolie graisseuse, plus ou moins considérable, que cette embolie était rarement localisée au poumon, mais qu'elle pouvait se rencontrer dans tous les tissus de l'organisme, que, localisée ou non au poumon, elle pouvait être dans un certain nombre de cas diagnostiquée pendant la vie, qu'il fallait en tenir un grand compte, pour expliquer bon nombre de cas de morts plus ou moins rapides après les grands traumatismes, attribuées jusqu'alors à ce que l'on appelle le choc, dans la pratique chirurgicale. Il nous suffira de citer à cet égard, les travaux de Bergmann, Czerny, Halm et Fournoy.

Des travaux des auteurs que nous venons de citer, il résulte que l'embolie graisseuse, localisée au poumon ou généralisée est beaucoup plus commune qu'on ne se le figure généralement, et qu'elle se produit non-seulement dans toutes les fractures simples ou compliquées, mais encore en dehors du traumatisme, dans tous les cas où les os sont altérés dans leur structure, par une cause ou par une autre.

Le nombre des cas d'embolie graisseuse observés dans les circonstances que nous venons de citer est actuellement con-

sidérable, il s'élève au chiffre de 140 et ont été tous ou presque tous observés en Allemagne, à part deux observations provenant de l'ancienne Faculté de Strasbourg.

Voici le résumé des cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Br., Etienne, âgé de 13 ans, est transporté le 24 octobre, à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Cusco. Vers 4 heures 1/2 du soir, il a été renversé par un tramway qui lui a broyé la jambe droite : on lui a fait sur le lieu même de l'accident un premier pansement, et on a appliqué un garrot très-serré sur l'extrémité inférieure de la cuisse.

On apporte le blessé à l'hôpital à 5 heures environ. Nous ne savons quelle quantité de sang il a perdue : mais il est très-pâle et très-déprimé ; il ne sort guère de son état de prostration que pour demander à boire : le pouls est petit et rapide, la respiration assez calme. Il nous paraît être, en somme, sous la double influence d'une notable déperdition sanguine et du « choc traumatique. »

Quant aux lésions du membre écrasé, elles ne laissent aucun espoir de conserver celui-ci, si toutefois l'intervention est possible : le mollet a été arraché en masse depuis sa partie inférieure jusqu'au-dessus du milieu de la jambe, et à ce niveau, les os ont été absolument broyés.

Il n'y a plus d'écoulement sanguin : on voit seulement sourdre de la profondeur de la plaie un peu de sang veineux parsemé de grosses gouttes huileuses. Malgré nos efforts, l'enfant s'affaiblit rapidement, la prostration devient plus profonde, le pouls filiforme et la mort survient à 7 heures.

A l'autopsie, outre les lésions des parties molles déjà signalées, nous trouvons, à partir du point d'écrasement des os, une fracture longitudinale du tibia, remontant jusqu'au plateau articulaire.

Les artères tibiale postérieure et péronière avaient été coupées à deux à trois centimètres au-dessous de leur origine : la section n'en est pas nette, les bords en sont irréguliers et mâchés. Cependant il n'y a pas d'agglutinement des tuniques. La tibiale antérieure et les parties molles de la région antérieure n'ont pas été atteintes. Nous devons enfin signaler une particularité qui vient à l'appui de la probabilité d'une hémorragie importante : la veine cave inférieure était affaissée et contenait très-peu de sang.

M. Bruchet, interne du service, notre collègue et ami, qui a bien voulu nous remettre l'observation précédente, nous remit également les deux poumons et le cœur, dont les veines caves avaient été liées préalablement, afin de pouvoir examiner le sang du ventricule droit. L'examen pratiqué au laboratoire de

M. le P<sup>r</sup> Vulplan nous révéla les particularités suivantes. Le sang pris dans le ventricule droit, au moyen d'une ponction faite à travers la paroi du ventricule préalablement lavée à l'éther, contenait une grande quantité de graisse, réunie en gouttelettes, et reconnaissable à ses caractères micro-chimiques, se dissolvant dans l'éther et prenant une coloration noire sous l'influence de l'acide osmique.

Les vaisseaux du poumon étaient gorgés et littéralement injectés par la graisse, des coupes minces du parenchyme pulmonaire faites à l'aide des ciseaux et examinées au microscope montraient dans l'intérieur des vaisseaux du poumon, artérioles, veinules et capillaires, des masses allongées, de 3, 4 à 5 mill. de longueur, douées d'une réfringence spéciale, disparaissant sous l'influence de l'éther et prenant, après action de l'acide osmique, une coloration noire foncée et dessinant le réseau vasculaire du poumon presque complètement sur certains points. L'examen pratiqué sur toutes les parties des deux poumons nous a donné les mêmes résultats.

Le second cas, non moins probant que le précédent, provient du service du D<sup>r</sup> Brouardel, à Saint-Antoine, et les poumons, que nous avons examinés en commun avec notre ami M. Mayor, nous ont été remis par notre collègue, M. Marchant. Ils provenaient d'un homme mort 36 heures après une fracture du pariétal droit, et, comme dans le cas précédent, les vaisseaux pulmonaires contenaient de la graisse, en quantité moindre toutefois. Dans l'un et l'autre cas, les autres viscères n'ont pas été examinés au point de vue de l'embolie graisseuse.

Les deux cas que nous rapportons ici sont des exemples absolument démonstratifs de l'embolie graisseuse, après les traumatismes des os, nous ne voulons pas, dans cette note, rechercher quelle est la part qui revient à l'embolie graisseuse comme cause de mort dans ces deux cas. Dans le premier, nous ne voyons guère quelle autre cause on pourrait invoquer, c'est, du reste, un sujet que nous nous proposons d'étudier prochainement; les cas d'embolie graisseuse, sont, en effet, loin d'être rares, et nous sommes persuadé, pour notre part, que l'on apporterait chaque semaine à la Société anatomique, au moins un cas d'embolie graisseuse, si on la recherchait chez les malades qui ont succombé à des traumatismes.

Les deux cas que nous venons de rapporter sont en tous points semblables à ceux qui ont été publiés en Allemagne, ces dernières années, et ne sont qu'une confirmation des faits énoncés par les différents auteurs qui se sont occupés de



cette question; nous avons cru devoir les publier, comme nous le disions plus haut, afin d'attirer l'attention sur un sujet digne d'étude à tous les points de vue, car, bien que la doctrine de l'embolie graisseuse ait été exposée dans les cours de la Faculté, par M. le Pr Vulpian et M. le Pr Charcot, elle ne nous paraît pas, jusqu'à présent, avoir assez vivement attiré l'attention du monde médical. En effet, jusqu'à présent, aucun cas d'embolie graisseuse n'a été publié chez nous.

**M. CHARCOT.** L'embolie graisseuse a été, jusqu'ici, peu étudiée en France; déjà depuis longtemps, mon attention avait été attirée sur ce point, et dans les leçons que j'ai faites, l'an dernier, à la Faculté, j'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, de la signaler aux élèves et de l'étudier avec détail.

**M. DURET.** J'ai observé, chez M. Verneuil, un cas qui montre bien l'origine de ces embolies graisseuses: il s'agissait d'un blessé atteint de fracture en spirale du tibia. Après la mort du malade — survenue rapidement, par plaie pénétrante consécutive à des mouvements désordonnés du malade qui avait brisé son appareil, en se levant pendant la nuit — on trouva, autour de la blessure, une zone rougeâtre formée par des capillaires sanguins rompus; au-dessous de cette zone était une bande jaunâtre, constituée par une grande quantité de granulations très-fines et de gouttelettes huileuses; de plus, dans les veines des membres inférieurs, de même que dans la moelle osseuse, on trouvait aussi des gouttelettes d'huile, débris des globules adipeux du tissu péri-articulaire; il me semble donc démontré que l'origine des embolies graisseuses à la suite de fractures doit être recherchée dans le réseau veineux provenant du foyer traumatique. L'aspect jaunâtre du membre me paraît constituer cette variété d'érysipèle grave, infectieux, désigné depuis Velpeau sous le nom d'*érysipèle bronzé*.

**7. M. PENNÈS** présente un certain nombre de pièces anatomiques, poissons, cœur de bœuf, poumons et foie humains préparés et durcis dans un liquide conservateur et antiseptique.

**8. Calcul salivaire du canal de Wharton; par M. L. MALASSEZ.**

M. Malassez présente un calcul salivaire du canal de Wharton extrait chez une dame d'une cinquantaine d'années environ.

Depuis longtemps cette dame éprouvait de temps à autre une certaine gêne dans la région sous-maxillaire droite; parfois, sa bouche se remplissait subitement de salive; parfois aussi, le matin à son réveil, elle se trouvait comme du sable dans la bouche et sur les lèvres. Elle ne peut préciser l'époque à laquelle ces divers symptômes ont apparus.

Il y a deux semaines environ, un matin, elle se sentit prise comme d'habitude d'une gêne dans la région sous-maxillaire droite. Mais, la nuit suivante, il survint des frissons, de la fièvre, un certain malaise général; et, le lendemain matin, on constatait une tuméfaction de la glande sous-maxillaire et un gonflement œdémateux de tout le côté droit du plancher buccal. — Le troisième jour, la bouche pouvait à peine être ouverte; la mastication était impraticable, la déglutition des plus pénibles; un peu de pus sortait par l'orifice du canal de Wharton; il n'y avait pas encore de fluctuation bien nette. — Le quatrième jour, un petit point de fluctuation était reconnu sur le plancher buccal au niveau de la première grosse molaire; une ponction, faite à l'aide d'une lancette, donne issue à quelques gouttes d'un pus épais. Le sondage de la plaie et celui du canal n'amènèrent aucun résultat. — Le cinquième jour, en explorant à nouveau la plaie, on trouva, presque à son orifice, un corps dur qui est extrait facilement à l'aide d'une pince à pansement.

Ce calcul a la forme d'un ovoïde très-allongé et légèrement recourbé. Il a 25 millimètres de long sur 7 millimètres de large dans son plus grand diamètre, la surface est irrégulière, grenue; sa couleur, blanc jaunâtre; sa consistance, celle des pierres tendres. A la coupe, il présente des stries concentriques, et, dans sa grosse extrémité un noyau plus jaune et plus dur.

A la suite de l'extirpation de ce calcul, tous les accidents cessèrent : tuméfaction de la glande, inflammation du plancher buccal, difficulté pour ouvrir la bouche, mâcher et avaler. Voici huit jours que le calcul a été extrait, il ne reste plus qu'une petite fistule salivaire siégeant là où l'abcès avait été ouvert.

Nous possédons déjà dans nos Bulletins plusieurs observations de calculs salivaires du canal de Wharton, je les rappellerai brièvement :

1° — (année 1832, page 51). Cas de M. Bosc. — Calcul du volume d'une grosse noisette qui était resté engagé pendant un an dans le canal et en sortit par rupture des parois.

2° — (1852, p. 174). Axenfeld. — Calcul couvert de petites aspérités s'étant éliminé spontanément après avoir produit un peu d'inflammation et de tuméfaction au-dessous de la langue.

3° — (1866, p. 45). M. Lelong. — Ce calcul présentait sur une de ses faces une gouttière par laquelle la salive pouvait passer.

4° — (1866, p. 536). M. Amédée Paris. — Femme de 54 ans; calcul ovoïde mesurant 6 millimètres sur 3, siégeant à l'orifice du canal droit, ayant amené un gonflement de la région et une tuméfaction de la glande correspondante quoique la salive pût s'écouler encore. Il fut extrait à la suite d'une incision de l'orifice; 3 jours après, la petite plaie était cicatrisée et la glande revenue à son volume normal.

5° — (1875, p. 756). M. Garnier, service du professeur Richet. — Calcul ovoïde de 5 centimètres de long, pesant 10 gr. 33, ayant une surface chagrinée, de couleur jaune pâle, de consistance peu considérable, formé de couches concentriques et présentant à son centre un noyau de la grosseur d'un grain de mil. Il fut analysé par M. Hardy qui y trouva plus de 65 0/0 de phosphate de chaux. Ce calcul avait amené depuis cinqans trois poussées inflammatoires du côté du plancher buccal et de la glande, lesquelles avaient cédé aux antiphlogistiques. Il fut extrait après incision.

On pourrait peut-être faire rentrer dans cette catégorie de faits, le calcul de Bardel trouvé, chez un enfant de 3 semaines, dans le plancher buccal et regardé comme calcul de glande sublinguale (1866, p. 552).

Nous possédons aussi deux cas de calculs trouvés non plus dans le canal excréteur, mais dans la glande même — (1857, p. 251). Cas de Rouger, service de Nélaton. — (1871, p. 288). Cas de M. Bourdon fils. — Puis, en dehors de la sous-maxillaire, ou de son canal excréteur, deux cas seulement de calculs salivaires : l'un extirpé du canal de Sténon droit (Bouteiller, 1847, p. 490); l'autre trouvé à l'autopsie dans la parotide droite (Barbran, 1855, p. 502).

**9. Epithélioma de la verge. — Localisation et circonscription à la fosse naviculaire et à l'extrémité antérieure des corps caverneux; par COTRIX, interne des hôpitaux.**

Le nommé X..., marchand de vins, âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé, — il n'a pas eu d'affection des voies urinaires; mais, il y a six mois, il a commencé à éprouver un peu de picotement à l'extrémité de la verge; l'excrétion urinaire est devenue un peu douloureuse et s'est effectuée avec quelque difficulté. Puis est apparu un léger suintement séropurulent au méat urinaire. — Ces divers symptômes étaient toutefois bien peu significatifs et trop peu marqués pour permettre de porter un diagnostic précis. Du reste, il n'y avait

dans les aines aucune induration ganglionnaire, l'état général demeurait excellent, quand il y a environ un mois le malade a remarqué la présence d'une petite excroissance papillaire sur la lèvre gauche du méat urinaire. Peu de temps après, M. Duplay, appelé en consultation, tenant compte et des symptômes indiqués plus haut, et surtout de la présence de la petite saillie verruqueuse du méat urinaire, a porté le diagnostic d'épithélioma de la verge au début.

L'amputation a été proposée, et le 5 octobre elle a été pratiquée avec le thermo-cautère de Paquelin. La section a porté à deux centimètres et demi, en arrière de la couronne du gland. Elle a été faite très-facilement et sans aucune perte de sang.

*Examen de la partie enlevée.* — L'urèthre fendu sur la ligne médiane et à sa partie inférieure, on a pu constater les particularités suivantes : les trois quarts antérieurs de la muqueuse qui tapisse la fosse naviculaire sont occupés par une production d'aspect papilleuse, à coloration grisâtre. Cette production est peu saillante dans l'intérieur de l'urèthre, elle est, pour ainsi dire, étalée assez régulièrement sur toute sa circonférence, de telle sorte que le calibre en est très-peu diminué. Ce qui explique très-bien le peu de trouble apporté dans l'exercice de la miction. En dehors, elle se prolonge dans l'extrémité antérieure des corps caverneux, sous forme d'ilots disséminés qui n'atteignent pas la périphérie du gland. Aussi, avant l'opération, n'observait-on aucune dureté, aucune saillie appréciable à sa surface.

En avant, un de ces ilots se continue avec la petite excroissance de la lèvre gauche du méat urinaire, mais le reste du méat est absolument sain.

En arrière, la dégénérescence qui occupe les corps caverneux ne s'étend pas au-delà de la partie de ces corps qui correspond à la couronne du gland. Toutefois elle va un peu plus loin à droite qu'à gauche. Ainsi l'aspect de cette production présente bien les caractères de l'*épithélioma*.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Chambard, a pleinement confirmé le diagnostic en démontrant qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

*REMARQUES.* — Ce fait nous semble intéressant à plusieurs égards : d'abord au point de vue anatomique, on peut constater qu'il s'agit d'un épithélioma de la verge tout à fait à son début. Cet épithélioma est, en effet, limité à la muqueuse de la fosse naviculaire, et il commence seulement à envahir les corps caverneux. En outre, au point de vue clinique, il présente ceci de particulier, qu'il ne s'est manifesté tout d'abord, et pendant une période de temps assez longue, par aucun

symptôme bien net. Et sans la présence de cette petite excroissance, qui n'est apparue que tardivement à l'extérieur, on aurait pu croire à l'existence d'un simple rétrécissement urétral.

**10. Diphthérie œsophagienne, dans un cas de diphthérie infectieuse, avec albuminurie et ictère ; par CH. TALAMON, interne des hôpitaux.**

L. Marie, âgée de 2 ans et demi, entrée le 40 octobre 1878. à Sainte-Eugénie, dans le service de M. TRIBOULET. — Cette enfant, d'une bonne santé habituelle, est malade depuis une huitaine de jours. La maladie a débuté par de l'abattement, un peu de fièvre, de la gêne de la déglutition. Au bout de quatre à cinq jours seulement on consulta un médecin qui reconnut une angine couenneuse et ordonna un vomitif. Il y a deux jours, la mère remarqua que les conjonctives et la figure de l'enfant étaient un peu jaunes, en même temps que les urines étaient rougeâtres, très-foncées. Depuis hier matin, la toux est devenue rauque et la voix s'est éteinte ; cette nuit, accès de suffocation.

On apporte l'enfant à la période d'asphyxie commençante. Coloration ictérique de la face et des conjonctives, la teinte jaune n'est pas appréciable sur le reste du corps. Il n'y a pas de gonflement cervical, et on ne trouve de ganglions engorgés ni sous le rebord maxillaire, ni le long du cou. Les amygdales sont volumineuses, se touchant presque ; toute l'arrière gorge est couverte de fausses membranes épaisses. Voix et toux éteintes ; respiration sifflante ; tirage abdominal. Le murmure vésiculaire s'entend à peine. — Trachéotomie. Les urines sont fortement colorées, présentent un reflet verdâtre à la surface. L'acide nitrique donne un précipité floconneux d'albumine qui se colore en vert par le pigment biliaire.

L'enfant meurt le lendemain matin à cinq heures, quatorze heures après la trachéotomie.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. — Les amygdales, la paroi postérieure du pharynx sont tapissées de fausses membranes grisâtres, épaisses, adhérentes. L'épiglotte, entièrement coiffée d'une épaisse couche pseudo-membraneuse, d'un gris-verdâtre, qui se prolonge dans les replis aryténo-épiglottiques, ferme complètement l'orifice du larynx. Mais au lieu de s'arrêter à sa limite habituelle, c'est-à-dire à peu près au niveau du cartilage cricoïde, la fausse membrane se prolonge dans l'œsophage. Elle est assez mince et adhère intimement à la muqueuse dans le quart supérieur ; elle devient plus épaisse, mais s'enlève plus facilement dans le reste du canal.

Tandis que dans la partie supérieure elle ne peut être arrachée que par lambeaux, comme dans le pharynx même, elle prend plus bas l'aspect des fausses membranes bronchiques et se détache par longues bandes rubannées; dans le cinquième inférieur, elle se rétrécit sous forme d'une étroite bandelette allongée jusqu'au cardia, dont elle ne dépasse pas l'orifice.

La muqueuse stomacale est d'apparence normale. — Celle du duodénum est grisâtre. L'orifice du canal cholédoque n'est pas obstruée; le canal lui-même paraît normal. La vésicule biliaire renferme une certaine quantité de bile verte. Le foie est de consistance et de volume ordinaires; il est de couleur violacée.

Dans l'intestin grêle, les follicules clos forment une psorentérie très-serrée; les plaques de Peyer sont tuméfiées, saillantes, d'un rouge foncé; la muqueuse est à peine injectée. Le gros intestin est de couleur grisâtre, la muqueuse paraît saine. Les ganglions mésentériques sont blanchâtres, volumineux, gros comme des noisettes, de consistance ferme. La rate est normale. Les reins sont très-congestionnés.

Dans les voies respiratoires, la fausse membrane recouvre le larynx, la trachée, et se prolonge dans les bronches aussi loin qu'on les suit; elle est mince et rubannée. La muqueuse au-dessous est d'un rouge vif. Les poumons présentent un peu de congestion hypostatique; mais pas de noyaux de broncho-pneumonie. Les ganglions bronchiques et les ganglions carotidiens sont un peu violacés, mais à peine augmentés de volume. Les cavités droites du cœur contiennent un caillot fibrino-cruorique assez volumineux. Un peu de sang noirâtre, demi-coagulé dans le cœur gauche. Les valvules sont saines lisses, transparentes.

REMARQUES. — L'extension des fausses membranes à la muqueuse œsophagienne et l'existence de l'ictère sont deux particularités qu'il n'est pas habituel de rencontrer dans l'évolution ordinaire de la diphthérie. La rougeur inflammatoire et l'exsudat diphthéritique s'arrêtent d'ordinaire brusquement au point où la muqueuse pharyngienne cesse d'être en contact avec l'air; la constance de ce fait est telle que M. Empis et M. Isambert ont contesté la réalité de la propagation des fausses membranes à la muqueuse de l'œsophage. Cette propagation a été observée pourtant un certain nombre de fois; sans parler du cas de Dupuytren, rapporté par Cruveilhier, on trouve dans les Bulletins de la Société pour 1838, deux observations de M. Millard et une de M. Vidal où les fausses membranes se prolongeaient dans l'œsophage. Chez le malade de M. Vidal, elles s'étendaient même à la muqueuse stomacale.

M. Sanné a observé aussi un cas analogue, mais la fausse membrane, de même que dans une des observations de M. Millard, ne dépassait pas la moitié supérieure du conduit œsophagien.

Quant à l'ictère, c'est un phénomène tout-à-fait exceptionnel. M. Sanné, dans son traité de la diphthérie, n'en fait même point mention. Or, dans notre cas, nous avons affaire à un ictère biliphéique et non à un ictère hémaphéique; la réaction de l'urine était caractéristique. Bien que nous n'ayons pas trouvé le canal cholédoque obstrué par le bouchon muqueux indiqué par Virchow, il peut se faire qu'il l'ait été passagèrement à un moment donné. On put penser aussi que la diphthérie a porté cette fois par exception son action sur le foie au même titre qu'elle le fait habituellement sur le rein pour produire l'albuminurie.

**41. Cancer encéphaloïde primitif de la vésicule biliaire. — Propagation au foie. — Absence d'ictère; par A. Cossy.**

C. Joséphine, 34 ans, marchande des quatre saisons, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. HÉRARD, le 11 octobre 1878 (salle Sainte-Marie, n° 6).

Pas d'antécédents héréditaires. Début de la maladie le 20 juin 1878 : diarrhée abondante, vomissements, douleurs au niveau du foie.

*État actuel* le 11 octobre 1878. Malade très-faible, a beaucoup maigri. Teint pâle. Diarrhée très-abondante. Douleurs intenses dans la région hépatique. Le foie présente une hypertrophie considérable, tumeur lisse, dure, s'étendant à 4 ou 5 travers du doigt au-dessous des fausses côtes, Absence d'ictère. Pas d'ascite. Fièvre. T. 42° 2. Insomnie. — 16 octobre. Mort subite.

AUTOPSIE le 17 octobre. *Thorax.* Adhérences pleurales. Poumons congestionnés. Péricarde et cœur normaux.

*Abdomen.* Foie volumineux, parsemé à sa surface de nodosités blanchâtres de la grosseur d'une noisette. A la coupe on constate que ces nodosités sont formées par une substance blanche très-molle, presque liquide au centre. A la partie inférieure du lobe droit elles sont agglomérées et se sont substituées au tissu hépatique. Au niveau de la *vésicule biliaire* existe une tumeur du volume d'un œuf, de coloration blanche. A la coupe, on voit qu'elle est constituée par une substance analogue à celle des nodosités hépatiques à substance très-molle, blanche dans la plus grande partie de la tumeur, colorée en rouge en certains points par des extravasats sanguins. Au centre de la tumeur on trouve la vésicule biliaire remar-

quablement atrophiée, réduite à un canal cylindrique dont la dimension n'égale même pas celle du petit doigt et contenant de petits calculs biliaires. — Les canaux hépatique et cholédoque sont de calibre normal. Veine cave intacte.

L'examen microscopique montre que nous avons affaire à un encéphaloïde et non à un épithélioma tubulé.

RÉFLEXIONS. Le point de départ de cet encéphaloïde paraît bien être la vésicule biliaire; le cancer se serait ensuite propagé au foie. L'estomac, l'intestin et les autres organes abdominaux ne présentaient aucun noyau cancéreux.

Au point de vue clinique, nous devons appeler l'attention sur l'âge peu avancé de la malade et sur l'absence d'ictère. Quant à la mort subite, nous n'avons pu en trouver l'explication ni dans le cœur ou les poumons, ni dans les centres nerveux.

---

*Séance du 15 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**12. Phlébite gangréneuse du sinus latéral droit; embolies ayant donné lieu à des foyers de gangrène pulmonaire;**  
par LABAT, interne des hôpitaux. *LM*

Ce jeune homme, âgé de 22 ans, tailleur de cristaux, entré le 20 octobre dans le service de M. Fernet, à Saint-Antoine, est de constitution moyenne; il nous donne sur ses antécédents tant personnels qu'héréditaires des renseignements satisfaisants. Depuis dix ou douze jours, il éprouve du malaise; mais depuis deux jours seulement, il a été pris de fièvre, avec douleurs dans les hypocondres, diarrhée abondante. Pas d'épistaxis. Sur le bord des narines plusieurs vésicules d'herpès sont écorchées. Intelligence nette. Pas de taches rosées lenticulaires sur le ventre. L'examen de la poitrine ne révèle que quelques râles muqueux dans les bases, et une diminution de sonorité dans le sommet droit.



Dans la nuit du 22 au 23, il éprouve du côté gauche, au voisinage du mamelon, une douleur tellement vive qu'on fait appeler l'interne de garde. A la visite du 23, le point de côté persiste quoique avec moins de violence, et le malade présente un état typhoïde marqué. Au niveau de la région précordiale, frottements pleurétiques manifestes et qui nous paraissent pouvoir expliquer le point de côté.

Le 24, la stupeur a augmenté ; la face est rouge, les membres légèrement cyanosés, le pouls bat 108 pulsations, le thermomètre marque 39°.4. La respiration est rude et soufflante dans la région précordiale ; mais à la pointe du cœur M. Fernet constate un souffle très-net, isochrone au pouls, et qu'il croit pouvoir rapporter (avec quelques réserves) à une endocardite ulcéreuse, étant donné l'état général du sujet.

Le 25, frissons dans la nuit ; pouls dépressible et à 132 ; 64 respirations par minute. Un peu moins de cyanose. Le souffle cardiaque est impossible à percevoir, à cause de la fréquence des mouvements respiratoires. Diarrhée.

Le 26, hémoptysie ; environ 50 grammes de sang sont rejetés, mêlés à des crachats visqueux. Quelques râles sous-crépitaux disséminés dans la poitrine et qu'on retrouve plus particulièrement aux deux bases. Diarrhée. La température qui jusque-là avait oscillé autour de 40°, oscille ce jour-là autour de 39°.

Le 27, l'état typhoïde du début a été complètement remplacé par un état asphyxique. Le malade répond bien aux questions qu'on lui adresse, mais sa face est violacée, sa respiration très-fréquent et saccadée. Dans le sommet droit grande abondance de râles sous-crépitaux. L'auscultation du cœur est impossible. Mort dans la matinée du 28 avec une température de 38°.

AUTOPSIE. 1° *Organes thoraciques.* Dans la péricarde nous trouvons environ 150 grammes d'un liquide séreux, louche. Sur la face antérieure du ventricule gauche en haut, plaque blanchâtre, laiteuse, de la grandeur d'une pièce de 1 franc ; d'autres plaques de même nature sont disposées le long des vaisseaux tant sur la face antérieure que sur la face postérieure du cœur. Pas de lésions sur le feuillet pariétal du péricarde. Le cœur est sain.

Quand nous essayons d'enlever le poumon gauche, nous constatons qu'il est retenu par de nombreuses adhérences occupant les deux tiers inférieurs de sa hauteur. Ce sont des tractus blanc-jaunâtre, de consistance molle, de formation récente ; ils sont comme accumulés dans le sillon costo-diaphragmatique au niveau de la colonne vertébrale. Là, en les détruisant avec les doigts, on les transforme en une sorte

de matière purulente. Cette plèvre contient de plus 200 grammes de liquide trouble.

Sur la face interne de ce poumon, au niveau du lobe inférieur, nous trouvons un foyer de forme arrondie, creusé en cupule, à parois brunâtres, ayant environ 2 centimètres de diamètre, et 5 millimètres de profondeur, rempli d'une substance blanc-grisâtre qui se détache très-facilement. *Le foyer et son contenu répandent une odeur gangréneuse manifeste.* Nous constatons en outre : 1° que le tissu sous-jacent à ce foyer est sain ; 2° qu'aucune bronche, au moins visible à l'œil nu, ne communique avec son intérieur.

Toujours sur la face interne de ce poumon, mais à 5 centimètres au-dessus du foyer précédent, nous en découvrons un second, ayant seulement les dimensions d'un gros grain de maïs ; il présente d'ailleurs les mêmes caractères que le premier.

Sur le lobe supérieur, dans le sillon interlobaire, au voisinage du sommet, s'ouvre un foyer de la grosseur d'une noix, anfractueux, à parois légèrement indurées, à odeur gangréneuse caractéristique, séparé par un pont de tissu sain, d'un foyer beaucoup plus petit et plus profondément placé.

De nombreuses coupes pratiquées sur le poumon nous en font découvrir deux autres analogues aux précédents : un de la grosseur d'une noix sur la face postérieure, un autre de la grosseur d'un pois sur le bord antérieur de la base. Le poumon droit, retenu par des adhérences anciennes, est sain. Aucun des sommets ne présente de tubercules.

2° *Organes abdominaux.* Rien à constater.

3° *Crâne.* En ouvrant le crâne nous constatons un foyer à odeur nettement gangréneuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon, ouvert dans le sinus latéral droit. Dans ce sinus on trouve une phlébite gangréneuse depuis le trou déchiré postérieur jusqu'au pressoir d'Hérophile. La paroi du sinus est rouge, sa cavité est remplie de caillots, les uns noirs, mous, les autres grisâtres, plus durs. Ces derniers adhèrent aux parois du sinus ; ils présentent, une fois enlevés, la même odeur gangréneuse déjà signalée.

Les deux circonvolutions temporo-occipitales du côté droit présentent une coloration brunâtre dans une étendue de 1 à 2 centimètres : à la coupe on constate que cette coloration s'étend à 5 ou 6 millimètres de profondeur. Pas de destruction du tissu, ni d'altération de consistance.

Une coupe pratiquée dans l'axe du rocher nous montre l'oreille externe saine ; la membrane du tympan intacte, quoique rouge, l'oreille moyenne également saine. Une seconde coupe pratiquée de façon à intéresser toute l'apophyse mas-

toide nous permet de constater une coloration brunâtre du tissu osseux avec diminution de sa consistance au voisinage des cellules mastoïdiennes : du reste cette coloration visible aussi sur la face supérieure du rocher, et dans la portion mastoïdienne du sinus latéral, est semblable à celle notée sur les circonvolutions temporo-occipitales.

**RÉFLEXIONS.** Plusieurs points méritent d'être relevés dans cette observation :

1° Etant donnés les phénomènes présentés par le malade, tout diagnostic positif était impossible. Au début, on pouvait penser à une fièvre typhoïde ; deux jours après avec le souffle mitral et la douleur précordiale à une endocardite ulcéreuse ; à une granulie le surlendemain à cause de l'hémoptysie : mais aucune de ces hypothèses n'était complètement satisfaisante ;

2° L'autopsie a démontré que le malade avait succombé à des foyers multiples de gangrène pulmonaire produits par des embolies gangréneuses : sans être très-exceptionnelle, cette cause de la gangrène pulmonaire est au moins rare ;

3° Il est encore plus rare de voir des embolies partir des organes intra-crâniens gagner le cœur droit et de là le poumon ;

4° La présence d'un foyer gangréneux dans le crâne implique l'arrivée de l'air au contact de ce foyer : on pouvait donc s'attendre à des lésions graves dans l'oreille moyenne et dans le tissu osseux avoisinant. Ces lésions n'existaient qu'à un degré peu avancé.

### 13. Anomalie de l'œsophage ; par Ch. Féré.

En faisant des coupes microscopiques de l'œsophage d'un nouveau-né perpendiculairement à l'axe longitudinal, j'ai remarqué à peu près à un centimètre au-dessous de l'extrémité supérieure un point de la face antérieure précisément sur la ligne médiane où la paroi musculaire paraissait manquer. Cette solution de continuité de la tunique musculaire offre une largeur de un millimètre environ, comme on peut encore facilement le constater à l'œil nu sur la préparation que je présente ; elle s'étendait aussi sur une hauteur que j'ai évaluée à un millimètre.

Si on examine cette coupe au microscope, on constate, en effet, que la paroi musculaire manque complètement dans cette petite région, aussi bien la couche externe que la couche interne ; toutes deux présentent sur chaque bord de la solution de continuité, un épaississement très-notable surtout pour la couche longitudinale, comme si les fibres avaient été

écartées. Le petit espace laissé libre entre les deux extrémités de l'anneau incomplet formé par la tunique musculaire, est comblé par du tissu conjonctif qui fait communiquer la couche conjonctive sous-muqueuse avec la couche extérieure ; on y remarque quelques faisceaux de fibres élastiques, situés dans le milieu de l'espace et dirigés directement d'arrière en avant. Sur le reste de l'œsophage, il n'existait rien de pareil ; j'ai examiné quatre autres œsophages de nouveau-né sur toute leur hauteur, et je n'ai non plus rien remarqué de semblable ; il est donc vraisemblable qu'il s'agit là d'une anomalie qui n'est pas sans analogie avec les quelques cas de fistules œsophagiennes que l'on connaît, et est une trace du mode de développement de la trachée et de l'œsophage.

**14. Examen histologique des pièces présentées dans la séance du 25 octobre. — Cancer du pharynx ; par MAYON.**

L'examen de cette tumeur, fait dans le laboratoire de M. Vulpian n'a pu porter que sur la tumeur primitive et sur les nodules pulmonaires.

A l'état frais, on ne voyait dans le suc, très-peu abondant, recueilli sur les nodules viscéraux, que de petites cellules, à un seul noyau volumineux, à formes variables, la plupart arrondies plus ou moins régulièrement, quelques-unes allongées.

Après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, les corps présentent l'aspect suivant : Sur la tumeur primitive, l'épithélium normal du pharynx a complètement disparu. Le néoplasme est constitué par un stroma fibreux alvéolaire, dont les alvéoles sont pleins de cellules polymorphes, relativement petites, possédant un noyau volumineux.

En certains points, le centre de ces masses cellulaires intra-alvéolaires est transformé en une masse granuleuse, se colorant en jaune sous l'action du picro-carmin. En d'autres points, les cellules s'aplatissant, forment des sortes de lamelles, qui tendent à se réunir pour former des masses irrégulières, du volume de globes épidermiques petits ou de moyenne grandeur.

A la face profonde de la tumeur, au lieu de larges alvéoles communiquant entre eux, on trouve des boyaux plus minces, plus irréguliers, très-nombreux, remplis des mêmes cellules et infiltrant le stroma conjonctif.

Dans le poumon, on retrouve exactement la structure alvéolaire de l'organe. Seulement les alvéoles sont remplis des mêmes cellules qui caractérisent la tumeur primitive. Ces cel-

lules ont, ici aussi, subi, par places, la dégénérescence granuleuse. En certains points, quelques alvéoles communiquent entre eux : leurs parois semblent avoir été détruites par l'accumulation des cellules épithélioïdes. Enfin, la plèvre est un peu épaissie, un peu vascularisée, au niveau du nodule ; mais elle ne présente pas d'amas de cellules analogues à celles des alvéoles pulmonaires. Du reste, tout autour du nodule, les vaisseaux sont plus remplis de globules rouges qu'ils ne le sont dans les parties saines. En quelques points fort rares, on trouve même quelques alvéoles pleins de sang.

La description de la tumeur primitive nous amènerait à la considérer comme un carcinôme à raison du polymorphisme des cellules qui sont renfermées dans un stroma alvéolaire conjonctif ; n'était l'absence d'un revêtement cellulaire régulier des parois alvéolaires, on aurait décrit la tumeur d'un mot en la dénommant : carcinôme glandulaire de Bilroth. Cependant quelques caractères importants nous portent à la rapprocher plutôt des néoplasmes que M. Malassez a désignés sous le nom d'épithéliomes métatypiques (*Arch. de phys.*, 1876, p. 353). En effet, si nous n'avons pas trouvé dans notre cas de cavités tapissées d'épithélium normal ou presque normal, nous remarquons cependant une certaine ressemblance entre les gros alvéoles tubuliformes de la tumeur primitive et les masses épithéliales des épithéliomes tubulés. De plus, en un point, nous avons trouvé, tapissant une partie de la paroi d'un alvéole, une première couche cellulaire régulière semblable à la couche profonde du corps de Malpighi. Enfin les cellules lamelliformes, colorées en jaune par le picro-carmin constituent des masses qui peuvent être considérées comme des globes épidermiques monstres, en appliquant cette épithète non à leur volume, mais à leur forme qui indique un développement incomplet. Nous sommes d'autant plus disposé à insister sur cette assimilation que nous avons eu l'occasion d'examiner dernièrement un épithéliome du col utérin dans lequel nous avons retrouvé les mêmes agglomérations épidermiques à côté des globes les plus caractéristiques.

**15. Etude histologique du xanthelasma vitiligoïde** (ADDISON et GULL). — **Xanthoma** (KAPOSI). — **Altération des nerfs dans le xanthelasma tuberosum**, par E. CHAMBERD, interne des hôpitaux, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France.

Le xanthelasma est une affection de la peau peu connue encore en France, mais beaucoup mieux étudiée en Angleterre et en Allemagne, bien que *Rayer* l'ait signalée le premier à l'attention des cliniciens sous la dénomination de plaques

jaunâtres de la peau. Les principaux travaux qui lui ont été consacrés sont ceux d'*Addison* et *Gull*, *Erasmus*, *Wilson*, *Hutchinson*, *Kaposi*, *Church* et, au point de vue anatomique surtout, ceux de *Pavy*, *Waldeyer*, *Virchow*, *O. Simon*, *Mauz*, *Wickam Legg*, etc. On en trouvera une bonne description dans le traité des affections de la peau d'*Hebra* et *Kaposi*, dans la thèse d'agrégation de *Strauss* sur les ictères chroniques; citons enfin une leçon récente de M. *Besnier*, et la thèse de M. *Larraydy* faite sous notre inspiration. On examinera également avec intérêt des moulages déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis et provenant de malades du service de MM. *Bazin* et *Lailler*.

Les auteurs admettent deux variétés principales du xanthelasma, la variété plane et la variété tuberculeuse. La première, de beaucoup la plus commune, siège habituellement aux paupières et affecte une prédilection singulière pour la partie interne de celles-ci et pour le côté gauche de la face; nous venons, toutefois, d'observer un cas, peut-être unique, où une large macule xanthelasmique occupe le prépuce. La seconde, beaucoup plus rare et coexistant presque toujours avec la forme plane, se montre à peu près sur tous les points du corps, mais de préférence sur les mains et les doigts.

Le xanthelasma plat consiste en taches ou en plaques légèrement saillantes, d'une coloration jaunâtre, fauve, qu'on a comparée justement à de la peau de chamois, de consistance molle, à peine différente de celle de la peau environnante et déterminant tout au plus une légère démangeaison. Le xanthelasma tuberculeux est caractérisé par des tubercules durs dont le volume peut atteindre celui d'un gros pois, d'une coloration blanc jaunâtre ou franchement jaune, et douloureux au toucher; nous insistons sur ce fait pour des raisons qui apparaîtront dans la suite; à la manière des névromes sous-cutanés. Ces tubercules se développent dans l'épaisseur du derme et font corps avec lui.

Il doit exister cependant des formes de xanthelasma tuberculeux dont les caractères diffèrent notablement de ceux que nous venons d'esquisser à grands traits et dont l'étude ne nous paraît pas avoir été faite jusqu'ici. Nous venons, en effet, d'observer une femme ataxique qui, outre un xanthelasma planum des paupières présentait à la racine du sein gauche et sur la jambe du même côté, deux nodules enchassés dans le derme, assez volumineux, gros comme un noyau de cerise environ, très-durs, non douloureux à la pression et d'une coloration voisine de celle de la peau. Les caractères objectifs de ces nodules, leur absence de coloration, leur petit nombre, l'état général de la malade, nous les firent prendre

pour des nodules de cancer secondaire de la peau, semblables à ceux que l'on rencontre assez souvent chez les sujets affectés de cancer des organes internes et qui aident puissamment au diagnostic dans les cas embarrassants. L'examen microscopique de l'un de ces nodules et la comparaison attentive des préparations que nous en fîmes avec des préparations de tubercules xanthelasmiques appartiennent à un autre malade, purent seuls nous faire abandonner notre première manière de voir.

Les auteurs qui ont étudié le xanthelasma ont signalé sa coïncidence fréquente avec l'ictère, les lésions organiques du foie, l'amaurose, la migraine etc. ; ce sont là des points très-importants de son histoire que nous ne faisons qu'indiquer ici et que nous nous proposons de développer dans un travail plus complet où nous essaierons de donner une histoire complète du xanthelasma d'après l'analyse des faits déjà publiés et de quatre observations personnelles.

La communication que nous avons l'honneur de faire aujourd'hui à la Société anatomique a pour but de lui exposer le résultat de nos recherches sur l'anatomie pathologique du xanthelasma planum et tuberosum ; encore nous bornerons-nous à en donner la substance, nous réservant de les développer dans un article plus étendu et accompagné de dessins, destiné aux archives de physiologie.

Nos matériaux d'étude ont été un fragment de peau de la paupière supérieure excisée par M. *Galezowski*, chez une femme affectée de xanthelasma planum, des tubercules excisés par nous sur la peau de l'éminence thénar et de la face dorsale de l'index d'un malade qui est encore dans le service de notre maître, M. *Hillairet* et qui offre un beau cas de xanthelasma généralisé, enfin un des deux nodules de la femme ataxique dont nous parlions tout à l'heure et que nous avions d'abord pris pour des nodules de carcinome secondaire de la peau. Cette forme présentant quelques particularités histologiques et cliniques, nous les décrirons sous le nom de xanthelasma tubereux.

*Définition et interprétation histologique des diverses formes cliniques du xanthelasma.* — Xanthelasma planum. — L'épiderme qui revêt les plaques et les taches de xanthelasma planum n'offre pas de notables altérations. A peine les cellules du corps muqueux de Malpighi ont-elles, en certains points subi la transformation vésiculeuse, un espace clair, dû au dépôt d'un liquide peu réfringent, se forme autour du noyau qui bientôt rejeté à la périphérie de la gouttelette ainsi formée, la coiffe à la manière d'une calotte. C'est là, une

altération commune et banale qui ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps.

Les cellules les plus profondes du corps muqueux sont souvent dissociées par des globules rouges du sang, peu nombreux d'ailleurs, qui s'introduisent dans les intervalles; entre elles, les mêmes éléments se rencontrent dans les couches les plus superficielles du derme, immédiatement au-dessous de la dernière rangée des cellules épithéliales.

Les cellules conjonctives de la région papillaire du derme sont tuméfiées et contiennent des granulations pigmentaires d'un vert jaunâtre.

Plus profondément les cellules conjonctives sont devenues le siège d'altérations d'autant plus prononcées que l'on se rapproche des plaques de xanthelasma.

A un premier degré, les cellules se gonflent, leur protoplasma devient trouble et finement granuleux. (Tuméfaction trouble.) Bientôt on aperçoit un semis très-fin et très-abondant de petites vacuoles qui lui donne un aspect poreux et qui provient du dépôt de gouttelettes extrêmement fines et nombreuses, d'un liquide albumineux très-peu réfringent.

A un degré plus avancé, le noyau perd la netteté de ses contours. Ses bords sont diffus et noyés au sein du protoplasma trouble dans lequel il est plongé, puis on le voit quelquefois s'étirer et se diviser.

Plus près des plaques encore, les caractères du protoplasma cellulaire se modifient, la cellule se gonfle et se rapproche de la forme sphéroïdale. Le protoplasma prend insensiblement un reflet gras et offre alors tous les caractères optiques et les réactions micro-chimiques des matières grasses.

Dans les plaques enfin, les cellules conjonctives sont transformées en boules volumineuses, semblables aux cellules adipeuses, d'une coloration qui varie du blanc-jaunâtre au jaune d'or, de forme sphéroïdale ou polyédrique par pression réciproque. Sur les préparations traitées par l'alcool absolu éclaircies et montées dans le baume de Canada, on voit très-nettement à ces cellules, une membrane d'enveloppe et un certain nombre de noyaux, de  $5\mu$  à  $7\mu$  de diamètre, sphériques et résultant certainement de la segmentation du noyau primitif.

Ces cellules, réunies en groupes dans les mailles du tissu conjonctif du derme dont les fibres sont écartées et déviées de leur direction normale, constituent, par leur réunion, les plaques et les taches du xanthelasma planum et maculosum. Autour d'elles, les vaisseaux du derme sont légèrement congestionnés et accompagnés sur certains points de trainées de cellules lymphatiques.



*Xanthelasma tuberculeux* (1). — Les tubercules de *xanthelasma* se montrent sur les coupes comme des taches ovoïdes assez régulières, dont le grand axe est parallèle à la surface de la peau et qui tranchent par leur teinte blanc-jaunâtre sur le fond rose du reste de la préparation, lorsque celle-ci est colorée par la purpurine ou par le picrorcarmin. A côté de ces taches il en est d'autre moins étendues et moins régulières qui ont souvent pour centre de formation un faisceau nerveux primitif ou un groupe de vaisseaux et de faisceaux nerveux. Toutes sont contenues dans le derme, entre la couche papillaire et la zone profonde occupée par les glandes sudoripares.

Au niveau des tubercules l'épiderme est soulevé et aminci. Cet amincissement porte surtout sur le corps muqueux et la couche intermédiaire qui peut disparaître entièrement. Dans les papilles on rencontre assez souvent, soit un léger degré de sclérose, soit des trainées de granulations et de corpuscules graisseux dirigées selon leur axe et résultant de l'infiltration graisseuse de leurs cellules conjonctives. Il en est de même dans la région vasculaire et lymphatique du derme, à la base des papilles, où les trainées graisseuses suivent une direction parallèle à la surface de la peau, direction qui est celle des espaces conjonctifs de cette région.

Dans les tubercules les altérations sont élémentairement semblables à celles que nous avons étudiées dans les plaques avec cette différence que les cellules adipeuses y sont beaucoup plus petites, pâles, incolores et séparées par un tissu conjonctif qui, au lieu de se dissocier, comme dans celle-ci au point de ressembler à du tissu sous-cutané, tend plutôt à se densifier et à se scléroser, et d'autant plus que l'on se rapproche du centre des tubercules. Dans les tubercules et dans leur voisinage immédiat, les artères du derme, les nerfs et les glandes sudoripares subissent des altérations intéressantes sur lesquelles nous devons insister, car elles ne semblent pas avoir encore été signalées.

Les vaisseaux, et notamment les artérioles, sont entourés d'une gaine homogène, épaisse, parsemée d'éléments cellulaires en voie de régression (Péri-artérite). Elles présentent également une endartérite très-marquée dans la forme tuber-

---

(1) Le malade sur lequel nous avons étudié les caractères anatomiques du *xanthelasma tuberculeux* vient de mourir dans le service de M. Hillairet; son observation a été présentée par nous à la Société clinique (*France médicale*, 1879, nos 1 et 2), et les résultats de l'autopsie ont été communiqués par M. Brault à la Société anatomique dans la séance du 14 février 1879.

euleuse surtout, où la lumière des vaisseaux est souvent complètement oblitérée.

Le tissu conjonctif qui entoure les glandes sudoripares est également sclérosé ainsi que leur enveloppe conjonctive, qui est notablement épaissie.

Les altérations les plus intéressantes sont celles des faisceaux nerveux. Les lamelles de la gaine lamelleuse sont soudées entre elles et épaissies, de telle sorte que le faisceau nerveux primitif apparaît sur des coupes transversales comme entouré par un large anneau de tissu conjonctif de nouvelle formation. Le tissu conjonctif intra-fasciculaire est également scléreux et sur les mêmes coupes se montre sous forme de plaques irrégulières, colorées en rose par le carmin et parsemées de points rouges qui répondent aux sections transversales du cylindre-axe avec des tubes nerveux dont les gaines myélinique et de Schwann ne sont plus distinctes.

Là ne se bornent pas les altérations des faisceaux primitifs. Les gouttelettes et masses adipeuses que nous avons signalées dans les espaces conjonctifs du derme se retrouvent dans ceux des nerfs ainsi sclérosés. Elles forment habituellement des traînées en forme de couronne incomplète entre les lamelles de la gaine lamelleuse ou en dedans de la lamelle la plus interne de celle-ci. On voit également ces traînées suivre les cloisons conjonctives qui se détachent de la gaine lamelleuse et subdivisent souvent les faisceaux primitifs des nerfs.

*Xanthelasma tubéreux.* — Assez différente de la précédente au point de vue clinique, cette forme n'en diffère histologiquement dans le cas que nous avons examiné, que par sa prédominance du processus scléreux sur le processus régressif. Les artérioles qui traversent le nodule sont affectées à la fois d'endartérite et de périartérite scléreuses et pour la plupart imperméables au sang; les nerfs très-atrophiés n'apparaissent plus sur des coupes transversales que comme des plaques scléreuses parsemées de points rouges. La gaine lamelleuse, confondue avec le tissu sclérosé voisin, a cessé d'être distincte.

*Résumé et interprétation histologique.* — Il résulte des faits que nous venons d'exposer et de l'analyse des recherches qui ont précédé les nôtres, que les diverses formes du xanthelasma, identiques au point de vue clinique, le sont également au point de vue histologique.

Histologiquement, le xanthelasma est caractérisé par deux processus évoluant parallèlement mais d'une manière inégale. Un processus irritatif tendant à la prolifération des cellules du tissu conjonctif et à la formation d'un tissu con-

jonctif nouveau, et un processus régressif spécifié par la transformation graisseuse des éléments cellulaires du tissu conjonctif ancien et de nouvelle formation.

Dans la forme molle qui est propre jusqu'à présent au xanthelasma planum et muculosum, le premier de ces processus n'est représenté que par la tuméfaction trouble et la prolifération nucléaire des cellules conjonctives; le second par la transformation graisseuse de ces éléments, qui est assez prononcée pour transformer le derme en un tissu assez analogue à première vue, à du tissu cellulo-adipeux.

Dans les formes dures, propres aux xanthelasmas tuberculeux et tubéreux, le processus irritatif l'emporte au contraire sur le second et se caractérise par la sclérose de la partie centrale des tubercules, de la tunique adventive des vaisseaux, de la membrane fibreuse des glandes et du tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire des nerfs.

Les altérations que nous avons décrites dans les faisceaux nerveux peuvent expliquer les douleurs spontanées et provoquées surtout par la pression dont se plaignent les malades atteints de xanthelasma tuberculeux et qui ne sont pas sans analogie à celles que déterminent les fibromes des nerfs vulgairement et improprement appelés névromes.

Au point de vue purement anatomique, le xanthelasma pourrait être considéré comme une sclérose lipomateuse du tissu conjonctif et des organes vasculaires nerveux et glandulaires qu'ils renferment. Le nom de fibrome lipomateux que *Virchow* lui a assigné pourrait donc lui convenir; au point de vue clinique, ses relations fréquentes avec certaines manifestations de l'arthritisme, avec l'ictère et les affections hépatiques, de même que beaucoup d'autres singularités de son histoire en font un objet d'étude intéressant. Doit-on le considérer comme une manifestation tégumentaire d'une maladie constitutionnelle ou comme une affection diathésique? Ce sont là des points que nous ne pouvons qu'indiquer dans une note consacrée uniquement au résumé des caractères histologiques du xanthelasma et que nous nous réservons de discuter plus tard d'une manière plus approfondie.

#### 16. Des gommages de la peau; par E. CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur à l'Ecole des hautes études.

Nous avons pu faire cette année l'analyse histologique de pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte de syphilis tertiaire, dans le service de M. *Hillairet* à Saint-Louis, et présentant un grand nombre de gommages de la peau parvenues à divers degrés d'évolution.

La rareté de semblables occasions, le peu de renseignements que nous avons trouvés sur ces faits, dans la littérature française et étrangère, nous engagent à communiquer à la Société anatomique les résultats de nos recherches et à en publier ici le résumé.

Laissant de côté l'historique des recherches anatomiques entreprises depuis une vingtaine d'années sur les gommes syphilitiques et les altérations qui leur sont histologiquement comparables, nous nous bornerons ici à citer celles de MM. *Robin*, *Vernouil*, *Virchow*, *Wagner*, *Billroth*, *Klebs*, *Rokitansky*, *Baumgarten*, *Bowitz*, *Auspitz* et *Unna*, *Brodowski*, etc., ainsi que le mémoire de M. *Ranvier* sur un cas de syphilis viscérale, observé chez un homme mort du choléra en 1866, et les recherches de M. *Cornil* qui sont en cours de publication.

Nous analyserons ces différentes recherches dans un travail plus complet et plus étendu.

Les pièces que nous avons étudiées et dont nous avons fait des préparations nombreuses et par des méthodes variées nous ont permis d'observer des gommes cutanées de toutes les formes, de tous les volumes, à toutes les périodes de leur évolution. Les unes de dimensions microscopiques, situées dans les parties profondes du derme, ne présentant encore aucune trace de dégénérescence, étaient assez nettement délimitées et d'une forme arrondie ; d'autres plus volumineuses, mais régulières, déjà perceptibles au toucher et à la vue, étaient en grande partie envahies par les caséifications ; d'autres enfin étaient profondément ulcérées par élimination, sous forme de bourbillon de leur partie centrale.

Prenant seulement ici, comme objets d'études, les deux termes extrêmes de cette longue série, nous décrirons les gommes miliaires et les gommes ulcérées.

*Gommes miliaires.* — Les gommes miliaires siègent généralement dans les parties profondes du derme où elles occupent de préférence la région vasculaire profonde et la couche des glandes sudoripares. Elles consistent en amas arrondis de cellules embryonnaires infiltrées entre les fibres du tissu conjonctif. Les plus petites d'entre elles sont à peine visibles à l'œil nu : leur diamètre ne dépasse que quelques dixièmes de millimètres.

Ces éléments embryonnaires, isolés par des procédés de dissociation et fixés dans leur forme par l'alcool au tiers selon la méthode de M. *Ranvier*, sont en tous points semblables à des cellules lymphatiques ; on ne rencontre pas parmi eux de noyaux libres décrits par M. *Robin* comme une variété de cytoblastons, et signalés depuis par *Wagner*, *Virchow* et presque

tous les auteurs qui se sont occupés de la structure des tumeurs gommeuses.

Ces éléments sont infiltrés dans les mailles du tissu conjonctif dont ils écartent et dissocient les fibres. Celles-ci encore facilement reconnaissables à la périphérie des nodules où les cellules embryonnaires sont moins nombreuses, deviennent de plus en plus grêles et semblent complètement manquer dans les régions centrales où les cellules se touchent. Il est cependant possible de les apercevoir sur les coupes traitées par le pinceau sous forme de minces fibrilles pâles formant un réseau irrégulier, bien différent toutefois de celui qui caractérise les formes typiques du lymphadénome.

Les nodules gommeux miliaires peuvent être traversés par des vaisseaux, des nerfs et contenir des glomérules de glandes sudoripares. Dans ces points, les cellules embryonnaires infiltrant la tunique adventive des artérioles et des veinules, mais sans pouvoir envahir leur tunique moyenne; la tunique interne des vaisseaux nous a toujours paru normale et nous n'avons pu rencontrer l'endartérite oblitérante que les observateurs ont signalée principalement dans les artères qui se distribuent dans les foyers d'induration chancreuse. Ces cellules se comportent de la même façon au voisinage des faisceaux nerveux dont la gaine lamelleuse est respectée et des acini glandulaires dont la membrane fibreuse est intacte.

Indépendamment de ces infiltrations nodulaires et circonscrites, auxquelles nous donnons le nom de gommes miliaires et que l'on pourrait aussi appeler par analogie et en faisant allusion à l'absence de caséification de leur région centrale, gommes crues, on rencontre dans le derme des infiltrations diffuses et irrégulières de cellules embryonnaires qui se comportent d'une façon absolument identique avec les fibres conjonctives, les vaisseaux, nerfs et glandes de la peau. Ces infiltrations, auxquelles pourrait convenir le nom de gommes miliaires diffuses, se montrent de préférence dans les régions les plus vasculaires du derme, là où le réseau capillaire est le plus riche et le plus serré; c'est-à-dire dans la zone dermique sous-papillaire et profondément autour des glomérules sudoripares et au sein des pelotons adipeux sous-cutanés.

*Gommes ulcérées.* — Les gommes ulcérées sont beaucoup plus volumineuses et beaucoup moins régulièrement configurées que les précédentes; elles occupent généralement toute l'épaisseur du derme. Elles se composent de deux zones: l'une externe en rapport avec les portions saines de la peau, l'autre interne, caséreuse, formant les parois de l'ulcère.

La structure de la zone externe ne diffère pas essentiellement de celle des gommes crues que nous venons de dé-

crire, mais son contour extérieur est beaucoup moins régulier, plus diffus, et cette zone est en beaucoup d'endroits interrompue par des groupes plus ou moins volumineux de faisceaux conjonctifs qui ont échappé à l'infiltration embryonnaire.

A mesure que l'on se rapproche de la zone caséuse, les cellules embryonnaires deviennent plus nombreuses et plus serrées, et les fibres conjonctives de plus en plus grêles et plus pâles semblent disparaître. Toutefois sur les préparations colorées et traitées par le pinceau on peut les mettre en évidence sous forme de fibrilles de  $1\ \mu$  à  $3\ \mu$ , pâles, grenues, très-fragiles, assez différentes de celles qui constituent le réticulum des lymphadénomes typiques. Le pinceau montre aussi des vaisseaux pourvus de parois propres, hérissées de pointes répondant à des fibrilles conjonctives qui en émanent et qui ont été brisées au voisinage de leurs points d'insertion, vaisseaux qui ont aussi quelque analogie avec ceux qui caractérisent ces tumeurs.

Dans la région caséuse les cellules lymphatiques infiltrées de granulations graisseuses se caséifient. Leur protoplasma prend une réfringence bien connue, le noyau cesse d'être visible, elles deviennent friables, anguleuses et ratatinées. Dans cette zone le stroma conjonctif est encore plus pauvre et plus difficile à mettre en évidence.

Dans cette région on rencontre, au sein de la masse caséuse, un assez grand nombre d'éléments encore peu connus. Ce sont de petites masses arrondies, mais à bords diffus, d'un reflet gras, tenant le milieu entre celui de la matière cireuse et celui de la graisse, assez comparables à des gouttelettes microscopiques de suif, d'un diamètre de  $10\ \mu$  à  $30\ \mu$  environ. Ces masses ne présentent ni noyau ni membrane d'enveloppe, ni structure cristalline. Nous les avons, ainsi que notre maître M. Malassez, très-fréquemment rencontrées dans tous les foyers caséux, quel que soit le processus histologique auquel ils appartiennent: tubercules, sarcomes caséux, gommès du foie, de la peau, etc. Elles restent incolores, après l'action du picrocarmin et, fait assez curieux, celles que l'on rencontre dans les gommès du foie se sont toujours jusqu'ici colorées vivement en rouge par la purpurine, tandis que celles que nous avons vues dans les gommès de la peau n'ont pas été colorées par ce réactif. Ce sont probablement de petits blocs de matière grasse, bien que l'acide osmique les laisse incolores. On sait d'ailleurs que les graisses animales forment une longue série de produits ayant des colorations et des réactions chimiques différentes, voisins aussi des substances amyloïdes, colloïdes et muqueuses et dont beaucoup sont encore indéterminées.

Nous avons étudié accessoirement les altérations de la peau au niveau des bords de l'ulcère gommeux. Les papilles sont très-fortement congestionnées et leurs vaisseaux sont entourés en beaucoup de points d'une zone d'éléments embryonnaires. Dans le corps muqueux de Malpighi, les cellules épithéliales se tuméfient, leur protoplasma devient lisse, brillant, se creuse de vacuoles ou plutôt s'infiltré de gouttes albumineuses à la périphérie desquelles le noyau est rejeté. Ce sont, très-amplifiées, les altérations qui existent à l'état normal dans cette zone de l'épiderme et qui en déterminent l'exfoliation insensible. A un degré plus avancé, les cellules épithéliales, distendues par une grosse goutte albumineuse, sont devenues extrêmement volumineuses, le noyau a disparu et est souvent remplacé par de petits corpuscules ronds de 5  $\mu$  de diamètre et colorés par le carmin, ainsi que par de petits filaments incolores et ondulés non encore décrits. Ces altérations n'ont rien de propre aux bords des ulcères syphilitiques, elles se rencontrent dans tous les cas d'irritation de l'épiderme et sont en tous points semblables à celles que nous avons minutieusement décrites dans les cellules hépatiques après la ligature du canal cholédoque (*Archives de physiologie*, 1877). M. Leloir en a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie. (*Gazette médicale*, n° 22, 1878, et *Archives de Physiologie*, 1878.)

*Conclusions et diagnostic histologique.* — Il résulte des faits que nous venons d'exposer que les gommès syphilitiques de la peau consistent essentiellement en une infiltration du derme par des cellules semblables aux cellules lymphatiques. Nous ne savons encore quelle part prennent dans la production de ces cellules la prolifération des cellules conjonctives, leur retour à l'état embryonnaire et la diapédèse, mais nous savons que ces éléments s'accumulent de préférence dans les régions les plus vasculaires du derme.

Ces infiltrations embryonnaires sont nodulaires et diffuses. Elles dissolvent les faisceaux conjonctifs et les divisent en fibres de plus en plus fines jusqu'à en déterminer la disparition presque complète; elles envahissent la tunique adventice des artères, mais respectent la tunique moyenne des vaisseaux, la gaine lamelleuse des nerfs et la tunique fibreuse des glandes dont l'épithélium reste intact.

Parvenues à un certain volume, les gommès deviennent caséuses et se ramollissent à leur centre. Cet état dégénératif paraît déterminé par l'obstacle qu'apportent à la circulation lymphatique la confluence des cellules qui infiltrer le derme et la résorption des fibres conjonctives, ainsi que les thromboses qui se produisent dans les vaisseaux sanguins. Les foyers caséux des gommès contiennent des masses de la

nature des substances grasses, et les bords des ulcères gommeux offrent des altérations de nature irritative.

Les gommages ne peuvent être confondues avec les sarcomes globo-cellulaires. Le lymphadénome et le tubercule sont les seules tumeurs avec lesquelles il importe de les comparer et dont le diagnostic différentiel mérite d'être discuté.

Les caractères différentiels entre les gommages et les tubercules en général sont trop connus pour que nous y revenions ici ; nous ne voulons d'ailleurs nous occuper que des gommages de la peau, et nous ne pouvons les comparer aux tubercules de cette membrane que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'examiner. Nous nous bornerons à dire que nous n'avons pas rencontré de cellules géantes dans les préparations nombreuses que nous avons examinées, bien que quelques observateurs, *Brodowski*, entre autres, les ait signalées dans les gommages et que nous en ayons nous-mêmes vu un très-grand nombre dans une plaque muqueuse.

Nous ne parlerions pas davantage du diagnostic différentiel entre les gommages et le lymphadénome, si cette tumeur offrait toujours le beau réticulum et les vaisseaux si caractéristiques qui rendent le plus souvent sa détermination des plus faciles. Il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois le réticulum semble manquer et les coupes de tumeurs lymphadéniques traitées par le pinceau diffèrent peu de celles des gommages traitées de la même manière. Nous avons rencontré plusieurs cas de ce genre, parmi lesquels nous citerons une tumeur péri-oculaire provenant du service de M. Verneuil, que nous avons présentée avec son interne, M. *Redard*, à la Société anatomique et des tumeurs lymphatiques de la peau, du tronc, dont nous avons fait l'examen microscopique pour M. *Besnier*. Dans ces deux cas, malgré l'absence presque complète de réticulum, la disposition des vaisseaux, leur aspect épineux, le mode d'infiltration des tissus et l'absence de caséification nous ont fait porter le diagnostic histologique de lymphadénome.

#### 17. Ramollissement cérébral, eschares précoces ;

par H. LELLOIR, interne des hôpitaux.

P... A..., âgée de 81 ans, entre, le 21 octobre 1878, dans le service de M. le professeur VULPIAN, à la Charité.

■ Elle présente comme antécédents : des palpitations de cœur avec œdème notable des membres inférieurs, depuis trois ans ; elle a eu de plus une « fluxion de poitrine » il y a deux ans. L'année dernière la malade eut une première attaque légère, elle serait tombée sans perdre connaissance, se serait relevée de même et aurait eu seulement un peu de paralysie



à gauche pendant une huitaine de jours : il y a trois mois d'après le dire de son médecin), paralysie de la moitié gauche de la face, n'ayant pas persisté plus de quelques heures.

Le 20 octobre dernier, on a entendu la malade appelant au secours et on l'a trouvée étendue sans perte de connaissance. Cette attaque n'avait été précédée d'aucun prodrome. Son médecin, qui la vit quelques instants après, constata une hémiplégie gauche, et par moments des secousses convulsives dans les membres du côté paralysé ; peu de temps après, elle fut privée de connaissance pendant quelques heures.

21 octobre. — Elle entre à l'hôpital. Elle est dans le décubitus dorsal. Visage pâle, la bouche est déviée, la commissure gauche attirée en bas, les lèvres et la joue gauche sont légèrement soulevées à chaque expiration, la malade fume sa pipe. La tête n'est pas déviée, pas de contracture des muscles du cou ; pas de déviation oculaire. Pas de ptosis, le clignement est conservé des deux côtés ; les pupilles sont également dilatées. La langue est légèrement déviée du côté paralysé, mais ses mouvements sont conservés. La parole est lente, mais très-nette, l'intelligence semble intacte.

Le bras et le membre inférieur gauches sont parésés. Ils peuvent néanmoins exécuter des mouvements encore assez étendus. Il y a une légère contracture du membre supérieur. Les mouvements réflexes ne sont ni exagérés ni abolis. La sensibilité est absolument intacte. Léger œdème de la jambe gauche. Grandes plaques érythémateuses aux deux fesses.

Incontinence d'urine ; paralysie du rectum. Pouls, petit, très-irrégulier, inégal, intermittent. L'auscultation du cœur, difficile, permet de constater une double lésion, mitrale et aortique. Râles sous-crépitants à la partie postérieure et inférieure des deux poumons.

L'urine contient une assez notable quantité d'albumine. Pas d'élévation, ni d'abaissement de la température du côté paralysé.

23 octobre. — Apparition de grosses phlyctènes au milieu de chaque plaque érythémateuse des fesses.

24 octobre. — Rachialgie. Formation d'eschares fessières un peu plus grandes qu'une pièce de 5 francs, symétriquement placées. La plus large est à gauche.

29 octobre. — Les mouvements volontaires des membres supérieur et inférieur à gauche sont devenus très-limités. Douleur profonde dans la jambe et le genou gauche qui est le siège d'un léger épanchement.

Les eschares fessières ont considérablement augmenté d'étendue et un peu de profondeur surtout à gauche. La malade radote quand elle est abandonnée à elle-même.

6 novembre. — Les mouvements volontaires ont complètement disparu dans les membres du côté hémiplégié ; les mouvements réflexes persistent ; la sensibilité y est devenue très-obtuse. Pas de différence thermique entre la moitié droite et la moitié gauche du corps. Douleurs vives dans le pied et la jambe gauche. La parole est devenue très-difficile. Les eschares fessières augmentent d'étendue et de profondeur.

9 novembre. — La malade est dans un demi-coma ; toutefois quand on la pince on détermine encore quelques signes de douleur ; l'hémiplegie gauche est complète, les mouvements réflexes persistent. Les eschares ont encore gagné en étendue et en profondeur. La température qui, depuis le 3 novembre, oscillait entre 38° et 39°, tombe brusquement à 36°,8.

10 novembre. — Elévation brusque de la température jusqu'à 40°, 6, au moment de la mort qui a eu lieu à 8 heures du soir.

AUTOPSIE (faite 36 heures après la mort). Crâne épais, adhérence considérable de la dure-mère au crâne. Artères de la base fortement athéromateuses, pas d'oblitérations artérielles. La pie-mère est un peu épaissie et adhérente par places, dans certains points de la convexité elle est opaque et blanchâtre ; l'adhérence est surtout très-marquée au niveau de la troisième circonvolution frontale droite et à la surface du lobe sphénoïdal droit au niveau de la scissure parallèle.

Le cerveau, sur toute sa surface présente une couleur hortensia. *Hémisphère droit.* Ramollissement blanc du lobe sphénoïdal siégeant sur les deux faces de la scissure parallèle dans une étendue d'environ quatre centimètres comptés depuis la partie antérieure de ce lobe.

Sur la troisième circonvolution frontale, la substance grise est ramollie par places et a été enlevée en même temps que la pie-mère, surtout au niveau du coude de cette circonvolution.

Une série de coupes montre que les lésions profondes ne commencent qu'au niveau de la coupe frontale. Voici ce que l'on constate : 1° Au niveau de l'union du faisceau frontal inférieur avec le lobule de l'insula, dans l'angle résultant de cette réunion, se trouve un foyer de ramollissement roussâtre ; il est large d'environ deux à trois millimètres, siége dans la substance grise et n'envahit la substance blanche que sur une étendue d'un demi-millimètre environ. 2° Immédiatement en dedans et en bas de ce noyau de ramollissement rouge commence une zone de ramollissement blanc. Elle occupe la partie supérieure de la substance blanche comprise entre le lobule de l'insula et le noyau lenticulaire, la moitié supérieure

de l'avant-mur et de la capsule externe, le tiers externe du noyau lenticulaire qui se trouve surtout ramolli au niveau de son angle inférieur et externe. 3° Un foyer de ramollissement blanc en forme de coin occupe environ le tiers externe du faisceau sphénoïdal.

La coupe *pariétale* montre : 1° que le noyau de ramollissement roussâtre qui borde l'extrémité supérieure du lobule de l'insula a un peu diminué ; 2° qu'il existe en dessous un foyer de ramollissement rougeâtre. Il siège au niveau de l'avant-mur qu'il englobe presque complètement, ne s'étend pas en dehors vers le lobule de l'insula qui est intact, mais englobe en dedans la moitié inférieure de la capsule externe, et empiète de près d'un millimètre sur la partie externe du noyau lenticulaire en particulier sur son angle inféro-externe. Il est haut de un centimètre environ et a près de trois millimètres de large. Il n'est autre que la continuation du foyer de ramollissement si prononcé, dans la coupe frontale, au niveau de l'angle inféro-externe du noyau lenticulaire ; 3° que dans le faisceau sphénoïdal, au niveau de la scissure parallèle, existe un coin de ramollissement blanc haut de un centimètre environ et pénétrant d'environ un centimètre dans la substance blanche. Ce foyer n'est autre que le prolongement postérieur du foyer qui, dans la coupe frontale, occupait le tiers externe du faisceau sphénoïdal.

Une dernière coupe pratiquée à un centimètre en arrière de la coupe frontale, montre que les trois foyers de ramollissement, décrits précédemment, cessent à partir de ce point. Le reste de l'hémisphère droit est sain.

L'hémisphère gauche, le cervelet, les *péduncules cérébraux*, la *protubérance*, le *bulbe* paraissent sains.

Les *poumons* sont fortement congestionnés dans leurs deux tiers inférieurs. Le *cœur* est très-volumineux, gras, dilaté. La valvule mitrale, très-altérée, se trouve transformée en une sorte d'anneau calcaire épais et haut de près d'un centimètre. L'orifice aortique, au-dessous des valvules sigmoïdes, est également transformé en une sorte d'anneau calcaire. Toute la surface interne de l'aorte est couverte de plaques athéromateuses dont un bon nombre sont ramollies. La *rate*, très-atrophie, présente l'aspect d'un galet blanc long de 7 centimètres sur 4 de large. Sa face externe est couverte d'une plaque de périsplénite épaisse de 4 millimètres. Rien de particulier à noter pour les autres organes.

RÉFLEXIONS. — 1° Dans cette observation, comme le fit remarquer M. Vulpian, on put présumer le siège cortical du foyer produisant l'hémiplégie faciale ; en effet, on avait à faire, selon toute probabilité, à un ramollissement, l'hémiplégie fa-

cielle siégeait à gauche, c'est-à-dire du même côté que celle du corps, l'hémiplégie de la face précéda celle du corps. L'autopsie vint montrer qu'en effet on devait la rapporter au foyer de ramollissement siégeant au niveau de la troisième circonvolution frontale droite.

2° Ici encore s'est trouvé vérifiée l'opinion de M. Charcot sur la gravité du pronostic en cas d'eschares précoces. La malade mourut en effet vingt-trois jours après son attaque, vingt-un jours après le début des eschares.

3° Les lobes cérébraux (en particulier le lobe droit, seul atteint) étaient absolument sains en arrière de la coupe pariétale; et pourtant dès le deuxième jour se montrèrent des eschares précoces. Ce fait est donc en opposition avec l'opinion de M. Joffroy, pour lequel les eschares précoces coïncideraient toujours avec des lésions des parties postérieures du cerveau, des lobes occipitaux en particulier.

**18. Anomalie de développement de l'utricule prostaticque: persistance de l'organe de Müller du côté droit, en forme de poche diverticulaire passant sous la vessie; soulèvement de la muqueuse vésicale formant valvule (rétention d'urine; dilatation consécutive des urètres et hydronéphrose double);** par M. BAETH, interne des hôpitaux,

Burlet (Victor), âgé de six ans, entre le 28 août 1878 à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. LABRIC.

Cet enfant, élevé en nourrice à la campagne, paraît avoir été mal soigné, mal nourri; on ne peut recueillir sur son compte que des renseignements fort vagues. Depuis une grave maladie qu'il aurait faite il y a plus d'un an, et qu'on a qualifiée de fièvre cérébrale (?), il a éprouvé une difficulté croissante à uriner; la miction, malgré les plus grands efforts, ne se faisait qu'à goutte à goutte et très-incomplètement. Il y a eu des douleurs vives dans le ventre, dues sans doute à la distension de la vessie; depuis quelques mois, perte d'appétit, amaigrissement.

Amené à Paris il y a deux jours, il a été présenté à M. de Saint-Germain, qui l'a d'abord supposé atteint de la pierre, l'a examiné, a constaté l'absence de tout calcul vésical, et, en conséquence, l'a fait passer en médecine.

*État à l'entrée (28 août).* — Le facies est amaigri, le teint jaunâtre, la peau sèche et flasque, l'habitus général chétif.

Point de toux ni de dyspnée; sonorité thoracique et respiration satisfaisantes. Cœur normal; les battements et les bruits sont réguliers.

L'appétit est très-inégal et diminué, la soif vive; langue

jaunâtre, sensibilité normale au creux épigastrique, pas de vomissements ni de diarrhée.

Le ventre est gros et ballonné, phénomène qui paraît dû exclusivement à la distension de la vessie; celle-ci constitue un globe arrondi et rénitent, de forme régulière, qui remonte jusqu'à l'ombilic. La pression, à sa surface, détermine une envie extrême d'uriner, mais la miction volontaire est impossible; de temps en temps, quelques gouttes d'urine s'échappent par regorgement; une petite quantité est également rendue dans l'acte d'aller à la selle, mais la vessie reste pleine. Le cathétérisme est effectué à l'aide d'une sonde métallique, sans obstacle et même sans notable difficulté; il amène l'évacuation d'environ un demi-litre d'urine, pâle, louche, légèrement lactescente, qui laisse déposer, par le refroidissement, une petite quantité de pus. L'exploration simultanée par la sonde et par le toucher rectal ne révèle aucune tuméfaction prostatique: l'extrémité de la sonde est sentie nettement à travers le bas-fond de la vessie, sans interposition d'aucun corps anormal.

La vessie une fois vidée, l'enfant accuse un soulagement notable et ne se plaint plus que de quelques douleurs de reins. En dehors de la rétention d'urine, on ne constate aucun trouble fonctionnel bien défini: les fonctions cérébrales et cérébro-spinales s'exercent régulièrement; il n'y a aucun désordre de la locomotion.

Pendant le mois suivant, l'état général se modifie peu; la rétention d'urine persiste avec les mêmes caractères et nécessite le cathétérisme, qui est répété deux fois par jour; l'urine s'écoule d'abord avec force, mais bientôt la vessie reste inerte et ne peut être entièrement vidée qu'à l'aide de pressions répétées sur l'hypogastre. Les urines sont en quantité normale, un litre environ par jour; elles sont louches, comme lactescentes, et renferment une notable quantité de pus; néanmoins, leur odeur est faible et nullement ammoniacale.

Les forces se maintiennent et l'enfant se lève tous les jours; il n'y a pas de toux, aucun trouble du côté des organes thoraciques; l'appétit, très-irrégulier, semble diminuer progressivement.

*24 septembre.* — Après une courte promenade dans le jardin de l'hôpital, l'enfant a été pris d'un frisson intense suivi de fièvre. Le soir, T. 40°3, céphalalgie et douleurs de reins. Le cathétérisme est plus douloureux que d'habitude; il y a de la sensibilité à la pression au niveau du ventre et dans la région lombaire.

Les jours suivants, la fièvre continue, avec fortes rémissions matinales; pas de nouveaux frissons. Rien au thorax.

Appétit nul, diarrhée, affaiblissement progressif. (Sulfate de quinine, 0,50.)

6 octobre. — Même état; le sulfate de quinine n'a produit aucun effet, et il est, d'ailleurs, mal supporté; coliques vives, diarrhée muqueuse abondante. L'appétit est nul et l'enfant ne prend que du potage. La rétention d'urine persiste. (Extrait de quinquina, 2 gr.)

10 octobre. — La fièvre a pris une allure très-irrégulière; la température du matin oscille entre 38° et 39°; celle du soir, tantôt ne dépasse pas ce chiffre, et tantôt atteint 40°. Le cathétérisme devient très-douloureux; le malade accuse une sensibilité extrême au niveau de la région prostatique; le passage de la sonde détermine une érection intense et une contraction spasmodique de la vessie, qui chasse l'urine en un jet énergique; mais cette contraction cesse bientôt, et le réservoir urinaire, redevenu flasque, ne peut être entièrement vidé.

18 octobre. — Les caractères des urines sont toujours les mêmes. La maigreur est excessive; les forces continuent à diminuer.

20 octobre. — Aujourd'hui s'est produite une légère poussée de cystite aiguë, avec envies incessantes d'uriner; urines sanguinolentes. Sensibilité excessive à la pression au niveau de l'hypogastre et des régions lombaires, surtout à gauche. Le toucher rectal ne révèle rien de nouveau.

24 octobre. — Agitation, fièvre, dyspnée excessive. Cependant, la sonorité thoracique est bonne, la respiration partout normale. Le soir, les battements du cœur sont tumultueux; il y a un souffle systolique léger à la base, accompagné d'un bruit sec qui paraît être un frottement péricardique; l'abattement est complet; il y a de la somnolence sans coma véritable. T. 39°6. L'enfant succombe le 25 octobre, à deux heures du matin.

AUTOPSIE. — *Cerveau* volumineux, bien conformé; substance ferme, nullement ramollie, piquetée çà et là de vaisseaux dilatés; les ventricules ont leurs dimensions normales. Les *méninges* sont fortement injectées, sans aucune trace d'exsudats inflammatoires, ni de granulations.

Le *cœur* est volumineux; les cavités droites dilatées sont remplies de caillots blanchâtres, qui se prolongent dans l'artère pulmonaire; les cavités gauches sont vides de sang; les orifices et les valvules ne présentent aucune altération. Le *péricarde*, sain, renferme une petite quantité de sérosité.

Les *poumons* sont fortement congestionnés, surtout aux bases; le parenchyme pulmonaire est sain, du reste et n'offre nulle part ni induration ni caséification. Les *plèvres* sont dépourvues d'adhérences.

Le *tube digestif* ne présente aucune lésion ; les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés ; le *foie*, d'un volume moyen n'offre rien d'anormal.

Tout l'intérêt de l'autopsie se concentre sur les altérations de l'*appareil génito-urinaire*, qui se présentent de la manière suivante : le paquet intestinal étant détaché, on est frappé tout d'abord du volume considérable que présentent les différentes parties de l'appareil urinaire ; les reins, égaux en dimension à des reins d'adulte, débordent de chaque côté la colonne lombaire ; les uretères dilatés atteignent le volume de l'intestin grêle ; ils sont flexueux, contournés sur eux-mêmes et constituent de véritables circonvolutions avant d'atteindre la vessie, qui est lobuleuse et remonte presque jusqu'à l'ombilic.

Ce n'est pas tout : le plus simple examen fait reconnaître, au-devant de l'uretère droit, auquel il semble accolé, un autre conduit cylindrique, à peu près de même volume et de même apparence, qui semble s'étendre depuis la vessie jusqu'à l'extrémité supérieure du fein. Cet organe supplémentaire, dont il est impossible à première vue de déterminer la nature et de définir les rapports exacts, sera décrit tout à l'heure.

Le *rein gauche* est le plus volumineux des deux ; la capsule fibreuse est épaisse ; le bassinnet, les calices considérablement dilatés ont comprimé les pyramides qui se sont élargies et affaissées ; à l'œil nu, le parenchyme rénal semble sain dans toute son étendue, sauf en quelques points où il offre une teinte grisâtre comme celle du pus.

L'examen microscopique a démontré en ces points un état catarrhal des parois des tubuli, avec de petits abcès intracaniculaires ; il y avait de plus une prolifération considérable du tissu conjonctif propre du rein. Le bassinnet dilaté offre une surface lisse et blanche, sans aucune trace de pyélite ; il s'ouvre par un étranglement fort étroit dans l'uretère correspondant, qui présente des sinuosités nombreuses, de véritables circonvolutions avec dilatations et rétrécissements successifs, tellement qu'il est fort difficile à la sonde cannelée d'en suivre le trajet ; plus bas, il devient à peu près rectiligne ; atteint un diamètre de 2 millim. environ et va s'ouvrir au bas-fond de la vessie par un orifice oblique, très-étroit, qui malgré la dilatation des autres parties du canal a conservé à peu près sa forme et son diamètre ordinaires.

Le *rein droit* est moins volumineux que le rein gauche dont il reproduit toutes les lésions ; son tissu propre est plus atrophié ; les papilles sont pâles, affaissées ; les pyramides offrent une consistance presque scléreuse ; l'uretère du côté droit

est plus dilaté que l'autre ; la distension, plus régulière, s'étend jusqu'à l'orifice vésical qui admet facilement le petit doigt.

En avant de l'uretère droit, comme nous l'avons déjà dit, est un *autre canal*, plus rectiligne, assez régulièrement cylindrique et si semblable à l'uretère qu'il pourrait aisément être confondu avec lui. Ce conduit ne communique pas avec le rein ; il prend naissance par une extrémité effilée au niveau de la capsule surrénale, et paraît en rapport avec un petit groupe de *kystes transparents*, gros comme des lentilles, dans lesquels il est aisé de reconnaître un reste du corps de Wolff. De cette origine il se porte en s'élargissant rapidement en dedans et en bas, s'accole au bassinnet, puis à l'uretère qu'il recouvre, accompagne celui-ci jusqu'à son extrémité inférieure, et plonge en dedans de lui sous le bas-fond de la vessie, où on le perd de vue. Incisé dans sa longueur ce conduit laisse échapper un liquide blanchâtre, assez semblable à l'urine purulente qui remplit les uretères et la vessie, mais plus lactescent et paraissant plus concentré. La surface interne est constituée par une muqueuse parfaitement lisse et blanche, sans plis, ni aspérités d'aucune sorte.

L'extrémité supérieure se termine en cul-de-sac au niveau des kystes décrits plus haut ; l'extrémité inférieure du canal s'engage sous la vessie, passe entre la tunique musculieuse et la tunique muqueuse qu'elle soulève, et va s'ouvrir dans l'utricule prostatique par un orifice qui admet sans difficulté un stylet de gros calibre.

Du côté opposé, on ne découvre rien de semblable au canal anormal qui vient d'être décrit ; pas le plus petit vestige de l'organe embryonnaire qu'il représente.

La *vessie* offre des parois épaisses, considérablement hypertrophiées ; la muqueuse, inégale, ecchymosée par places, offre les lésions du catarrhe chronique ; la musculieuse très-développée dessine des colonnes charnues dirigées transversalement.

Au microscope, les vaisseaux charnus se montrent augmentés de volume, mais enveloppés par des travées épaisses de tissu conjonctif, qui les dissocient, et les étouffent en beaucoup de points. Le trigone vésical est déformé par la dilatation considérable de l'uretère droit ; de plus, à sa partie antérieure et un peu à droite de la ligne médiane on remarque un soulèvement de la muqueuse, dû au passage à ce niveau du conduit anormal qui aboutit à l'utricule prostatique ; la muqueuse ainsi soulevée forme une sorte de valvule, très-capable de s'appliquer sur l'orifice du col vésical, et d'en oblitérer plus ou moins complètement la lumière.



Les canaux déférents, les vésicules séminales, les conduits éjaculateurs affectent leur forme et leur disposition ordinaires ; le verumontanum n'est pas dévié et l'orifice utriculaire ne présente rien d'anormal ; la prostate n'est pas augmentée de volume ; enfin, le canal de l'urèthre parfaitement sain dans toute sa longueur, n'offre ni déviation, ni rétrécissement.

Si l'on se reporte au développement embryogénique il est facile de s'expliquer toutes les particularités de ce fait exceptionnel, et de retracer l'évolution complète du processus pathologique dont on vient de voir les résultats. En effet, l'organe supplémentaire, le long diverticule que nous voyons s'étendre depuis le corps de Wolff jusqu'à la prostate, ne saurait être autre chose que le *conduit de Müller*, cet organe transitoire qui constitue le second bourgeon du sinus urogénital et qui dans la première partie de la vie intra-utérine s'élève verticalement à côté du corps de Wolff. D'après l'opinion la plus universellement admise, l'organe de Müller, qui formera chez la femme la trompe de Fallope et l'utérus, s'atrophie presque complètement chez l'homme et ne donne naissance qu'à des organes accessoires : l'utricule prostatique et l'hydride de Morgagni. Notre observation montre le conduit de Müller anormalement persistant constituer un long canal cotoyant l'uretère, se terminant supérieurement en cul-de-sac au niveau des débris du corps de Wolff, s'ouvrant inférieurement dans l'utricule prostatique ; elle constitue donc une nouvelle preuve bien convaincante en faveur du rôle attribué au conduit de Müller chez l'homme.

Mais là n'est pas l'unique intérêt qu'elle présente et cette anomalie de développement a été l'origine d'une série de désordres bien remarquables au point de vue clinique. Soulevée par le conduit qui passe au-dessous d'elle, la muqueuse du bas fond de la vessie s'est trouvée transformée en une sorte de valvule, éminemment capable d'obturer l'orifice du col vésical et d'apporter à la miction un obstacle presque absolu, soit que le conduit anormal ait été distendu par une sécrétion de ses parois, soit que par suite d'une rétention accidentelle d'urine, (peut-être pendant la grave maladie signalée au début de l'observation), le liquide urinaire ait reflué par l'utricule prostatique, toujours est-il qu'à un moment donné le diverticule placé sous la vessie s'est trouvé rempli, que la muqueuse vésicale soulevée est venue s'appliquer sur l'orifice du col et faire l'office d'obturateur, et que la rétention d'urine s'en est suivie avec toutes ses conséquences, dont la dernière a été l'hydronéphrose double qui a fini par amener la mort du malade.

**19. Tuberculose pulmonaire. — Diabète sucré. — Péricardite caséuse;** par H. D'OLIER, interne des hôpitaux.

Pauline M..., 52 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Joséphine, service de M. FÉREOL), le 27 septembre 1878.

Cette femme aurait eu le croup, la rougeole et la variole dans son enfance, mais elle nie toute espèce d'antécédents héréditaires du côté de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, elle toussait depuis plusieurs années, sans avoir jamais eu d'hémoptysie, lorsqu'au mois de décembre 1877 survinrent une polyurie abondante et un amaigrissement rapide. Au mois de juillet suivant, l'affaiblissement était devenu tel que la malade dut abandonner tout travail pour entrer à l'hôpital Temporaire où elle fit un séjour de deux mois. Elle aurait eu à cette époque un œdème considérable des membres inférieurs.

Aujourd'hui nous la trouvons au dernier degré de la consommation diabétique. La peau est sèche, terreuse, l'amaigrissement extrême, les extrémités inférieures infiltrées. La percussion et l'auscultation dénotent un ramollissement du sommet droit et une induration du sommet gauche. Les battements cardiaques sont faibles mais réguliers. Il n'y a pas de souffle. Langue dépouillée, vernissée; dents détruites par la carie. Un peu de météorisme; diarrhée depuis quelques jours. Foie normal. Vulvite pultacée.

L'urine renferme une quantité considérable de sucre; pas d'albumine.

Pendant le mois d'octobre, les lésions pulmonaires firent de rapides progrès et s'étendirent à la totalité des deux poumons. Enfin, quelques semaines plus tard, la diarrhée était continuelle, l'infiltration généralisée, et la malade succombait le 10 novembre dans un état de profonde cachexie.

A l'autopsie nous trouvons des lésions très-étendues de pneumonie caséuse, une excavation assez considérable au sommet du poumon droit et dans plusieurs points des granulations tuberculeuses bien distinctes.

Les ganglions bronchiques, lombaires et pelviens sont caséux et ramollis.

Le cœur présente une symphyse cardiaque complète. Les deux feuillets péricardiques sont partout confondus et infiltrés par places de masses caséuses jaunâtres ramollies. Des noyaux analogues se rencontrent également entre l'aorte et l'artère pulmonaire. Le myocarde présente une teinte feuille-

morte assez marquée ; les valvules sont saines. (Voir une aquarelle déposée dans l'album de la Société.)

Le foie et les reins présentent en divers points de grosses masses caséeuses comme le péricarde. Le péritoine est sain.

Rien dans les méninges ni dans la substance cérébrale.

## 20. Embolies graisseuses des poumons, par MAYON.

F... Jules, âgé de 63 ans, entre le 7 novembre dans le service de M. LE DENTU à Saint-Antoine. Il vient d'être renversé par un tramway qui lui a fracturé la cuisse droite au tiers inférieur et ouvert l'articulation du genou. La plaie est disposée de telle sorte que la rotule fait partie d'une sorte de lambeau attenant au tibia et qu'on peut rabattre sur la jambe. On découvre ainsi l'articulation et on remarque que la partie antérieure des condyles mise à nu est pour ainsi dire abrasée. Il se fait par ce point une hémorrhagie assez abondante que la compression directe arrête cependant.

L'accident a eu lieu à 3 h. 1/2 soir. A cinq heures, le malade n'est point trop déprimé. Il est pâle cependant. Mais ses réponses sont nettes ; il n'y a pas d'affaissement marqué. M. le docteur Monod, appelé auprès du malade, pense que l'amputation de la cuisse est absolument nécessaire. Il fait cette opération à huit heures du soir. La température du malade avant l'opération était 37,8. — Amputation à lambeaux antérieur et postérieur immédiatement au-dessus du point fracturé. — Pansement de Lister. — Pendant la fin de l'opération, bien que la perte de sang ait été presque insignifiante, la malade s'est un peu refroidi et affaïssé. Reporté dans son lit, il se réchauffe facilement. A minuit survient une hémorrhagie assez abondante, mais qui cède cependant à l'application d'une bande qui serre un peu le pansement.

Le lendemain matin, le malade est affaibli et fort pâle. Cependant, il ne paraît pas menacé de mort rapide. Il n'y a pas eu de délire la nuit ; l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. A midi, sans qu'il y ait eu affaiblissement graduel, et sans qu'il y ait eu de phénomènes dyspnéiques, le malade éprouve la sensation de mort imminente et meurt subitement.

L'autopsie faite le 9 novembre, montre les faits suivants : le cœur et le péricarde sont sains. Les poumons sont un peu congestionnés et un peu œdémateux à leur lobe inférieur surtout le long du bord postérieur. Le foie offre sur sa face supérieure sur une étendue très-peu considérable (pièce de cinq francs environ), une sorte de fine injection. La rate est saine. Les reins sont nettement congestionnés. L'intestin offre, par

place, à sa face péritonéale, un peu de congestion. Les méninges et le cerveau n'offrent rien d'anormal.

J'ai examiné les parties congestionnées des deux poumons par le procédé indiqué dans la thèse de M. Fournoy pour les recherches de l'embolie graisseuse. J'ai trouvé un nombre très-considérable d'artérioles oblitérées par des cylindres de graisse se ramifiant par place comme les vaisseaux dans lesquels ils sont contenus. En certains points, non-seulement les vaisseaux péri-alvéolaires, mais ceux du réseau capillaire de l'alvéole étaient injectés par la graisse sur une étendue plus ou moins grande. On voyait nettement disséminées trois ou quatre mailles capillaires entourées d'autres seulement ébauchées, et de gouttelettes graisseuses intra-capillaires ne marquant plus le réseau. La matière réfringente contenue dans ces vaisseaux se colorait fortement en noir sous l'influence de l'acide osmique. Il n'y avait pas le moindre doute possible. Quant à sa nature — pour ce qui est du nombre des vaisseaux atteints — je ne puis en donner une idée qu'en disant que dans chaque champ microscopique (obs. n° 2 Verick) on trouve au moins une artériole ou quelques capillaires oblitérés.

Dans le rein, j'ai trouvé un des vaisseaux tortueux d'un glomérule de Malpighi, injecté sur une faible étendue en un point où il décrivait un tour de spirale suivi d'un court trajet rectiligne. Sur la même coupe, un petit cylindre graisseux se voyait entre deux tubes contournés.

Dans le foie, dans les vaisseaux du mésentère, dans ceux de la plèvre, je n'ai trouvé aucune embolie graisseuse.

Pensant déterminer la route qu'avait suivie la graisse pour arriver au poumon, j'avais suivi entre deux ligatures une certaine étendue des veines fémorales et iliaques primitives des deux côtés. Les parois de ces veines ayant été convenablement lavées à l'éther, ainsi que les instruments dont j'allais me servir, j'ai ponctionné ces vaisseaux, et n'ai pu malheureusement recueillir que fort peu de sang. J'ai fait une seule préparation du sang de chacune de ces veines et n'y ai pas rencontré de globules graisseux d'aucun volume. Il en était de même pour le cœur droit.

REMARQUES. Quoique l'on ne puisse dans ce cas attribuer la mort du malade à l'embolie graisseuse, puisque la dyspnée n'a pas été un des symptômes observés dans les derniers moments, je tiens cependant à faire remarquer d'une part le nombre considérable des artérioles oblitérées; d'autre part l'arrêt de toute hémorrhagie depuis douze heures et l'absence de toute lésion viscérale appréciable à l'œil nu, en dehors de la congestion pulmonaire. Celle-ci n'est évidemment que le

résultat de l'oblitération d'un certain nombre d'artérioles.

Remarquons aussi l'existence d'une embolie dans le rein, un des viscères dans lesquels on en a signalé du reste secondairement à l'embolie graisseuse pulmonaire.

Enfin l'absence de gouttelettes graisseuses dans le sang veineux pourrait peut-être s'expliquer par ce fait que le foyer d'origine de ces embolies avait disparu par suite de l'amputation, seize heures environ avant la mort du malade.

## 21. Nouveau procédé de préparation de la moelle ; par le Dr A. PAULIER.

M. le Dr Armand Paulier présente des moelles d'animaux préparées d'après une méthode nouvelle. Son procédé consiste à faire macérer la moelle dans une solution composée de 50 parties d'eau pour 1 partie de *dichromate de potasse* et 2 parties de *sulfate de cuivre*. Au bout de 8 à 10 jours, la moelle d'un jaune verdâtre, plus ou moins foncé, est plongée pendant 2 ou 3 jours dans une solution au centième d'acide *sulfurique* ou mieux d'acide *chlorhydrique*. Généralement en 2 ou 3 jours, la décoloration est complète, mais l'acide chlorhydrique donne souvent à la moelle une consistance savonneuse, qui disparaît par une macération de 12 heures environ dans une solution de *chloral au centième*.

La moelle ainsi préparée a une teinte bleuâtre plus ou moins foncée ; elle est ferme, résistante, élastique et se laisse manier facilement. Elle est alors à point et l'on peut la diviser en fragments dans toute sa longueur ou la soumettre à d'autres réactifs.

Dans le cas où la séparation des fragments présente quelque difficulté, on laisse pendant quelques heures la moelle dans un mélange de *glycérine* et d'eau à parties égales ; elle prend une coloration plus foncée, mais en même temps une consistance plus élastique qui permet de la diviser plus aisément et d'isoler la substance blanche de la substance grise. Il suffit ensuite de la plonger dans l'eau pure, pour que le lendemain, la moelle ait repris sa coloration et sa consistance primitives.

Cet ensemble d'opérations permet : 1° de préparer d'une façon très-nette la pie-mère qui s'enlève facilement, ainsi que le prolongement qu'elle envoie dans le sillon antérieur ; — 2° de diviser, dans toute la longueur de la moelle, la substance blanche en fragments, en cordons plus ou moins volumineux ; — 3° de séparer presque complètement la substance blanche de la substance grise, sans détruire les commissures ; — 4° d'isoler les cornes postérieures qui apparaissent en relief, dans toute l'étendue de la moelle, sous forme de deux minces

colonnes tranchant par leur teinte gris-jaunâtre, sur la coloration plus pâle de la substance blanche;— 5° de diviser dans toute sa longueur le canal central de la moelle en deux parties égales.

Ce procédé excellent pour la préparation des moelles d'animaux (cheval, bœuf, veau, mouton), donne pour les moelles humaines des résultats moins nets, il y a lieu de le modifier. Quoi qu'il en soit, tel qu'il est actuellement, il a permis à l'auteur de suivre à l'œil nu le prolongement des pyramides antérieures à travers les couches superficielles de la protubérance.

L'auteur a eu surtout pour but actuellement de trouver un procédé pratique qui facilitât l'étude de la moelle au point de vue *macroscopique* et permit de l'examiner dans son ensemble. Cette méthode à laquelle il donne le nom de *méthode de dissection chimique*, est également applicable au cerveau. M. Paulier pense qu'elle peut devenir le point de départ d'une série de recherches qui aideront à élucider cette question encore si obscure de l'anatomie des centres nerveux.

## 22. Élections.

MM. BERDINEL et CHAMBARD sont nommés membres-adjoints de la Société anatomique.

---

*Séance du 22 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**23. Accès unique de goutte. Tophus volumineux du gros orteil.**— Après 12 ans, suppuration suivie de fistule persistante.— Ablation du gros orteil et de la moitié du premier métatarsien. Guérison rapide sans accident; par le Dr TERRILLON.

M. X..., âgé de 41 ans, père rhumatisant? Un accès de goutte datant de l'âge de 28 ans, qui dure huit jours environ. Un *tophus considérable se développe*, rendant la marche très-

difficile. Il y a 2 ans environ, inflammation du tophus suivi de suppuration et de fistule, avec expulsion de petites concrétions calcaires quelques mois après.

Depuis six mois, la marche est impossible et nécessite le repos absolu au lit; on décida alors l'opération à cause de l'ostéite probable accompagnant ce tophus ce que semblait indiquer l'extension de l'inflammation et de l'induration sur les os voisins : phalanges, métatarsiens.

L'opération fut difficile à cause de la quantité d'urate de soude, qui incrustait les tissus voisins et même la peau, aussi on fut obligé d'en laisser une certaine quantité dans le lambeau.

En dépit des craintes qu'on pouvait avoir des suites d'une telle opération tout se résorba et la guérison eut lieu en moins d'un mois. Le malade n'eut ni accès de goutte, ni aucun trouble appréciable, et actuellement il marche parfaitement bien.

#### 24. Aortite aiguë; par M. André POULIN, interne des hôpitaux.

Le 16 novembre au soir, la nommée Julien Gustine entra à l'hôpital Necker, service de M. le Dr Blachez, dans un état des plus graves.

Au moment de son arrivée, cette femme était très-oppressée; elle accusait une douleur extrêmement vive à la région précordiale et paraissait en proie à une crise d'angine de poitrine. Pourtant, les symptômes alarmants cessèrent, et, le lendemain à l'heure de la visite, la malade était calme pouvant répondre aux questions qu'on lui fit.

J... n'a jamais eu de rhumatisme articulaire. Mais depuis plus d'un an elle se plaint de battements de cœur, avec une sensation presque continuelle de constriction à la région précordiale. De plus elle accuse depuis sept à huit mois de véritables accès d'angine de poitrine qui sont devenus surtout fréquents depuis quelques semaines. La malade décrit parfaitement ces crises constituées par une douleur très-vive à la région précordiale avec irradiation dans le bras et sensation de suffocation. Ce sont bien de véritables accès d'angine de poitrine.

La malade présente une teinte subictérique prononcée. C'est une femme de 40 ans, paraissant d'ailleurs vigoureuse. Le 17 à l'heure de la visite, il n'y a pas de dyspnée, la malade est calme. Pas d'œdème des jambes. L'examen de la région précordiale fait constater que le cœur est volumineux — à l'auscultation on est frappé immédiatement par le timbre particulier des bruits. Le second bruit surtout est éclatant, retentissant spécialement à la base, au foyer aortique. De plus

il y a un souffle systolique léger ; prononcé surtout à la base. — Pas de bruit de souffle appréciable au second temps.

Le pouls est fort sans irrégularités. Les pulsations des deux radiales sont isochrones.

L'auscultation de la poitrine révèle de plus l'existence d'un épanchement pleurétique limité, à la base du côté droit. — Il y a en ce point de la matité, du souffle et de l'égophonie extrêmement nets. L'épanchement d'ailleurs est localisé, et ne remonte certainement pas jusqu'à la partie moyenne de la poitrine. Tel est l'état de la malade à son entrée.

Prescriptions : *Vésicatoire au niveau de l'épanchement.* — Potion 0,20 centig. de feuilles de digitale en infusion.

La journée du 17 se passe sans nouvel accès d'angine de poitrine.

Le 18 à 5 heures du soir, la malade est prise de la même crise qu'au moment de son entrée ; douleur précordiale ; etc. A minuit G. est calme, elle demande à boire à la religieuse de garde, puis s'affaisse tout à coup et meurt.

Le diagnostic porté pendant la vie avait été : *dilatation de l'aorte ou anévrysme.*

**AUTOPSIE.** — A l'autopsie, nous trouvons un épanchement remplissant la moitié de la plèvre droite, les poumons crépitent ; il n'y a pas de pneumonie, pas même de congestion pulmonaire prononcée. Mais à la base du poumon droit, du côté de la pleurésie, dans la plèvre, se trouve un infarctus caséeux.

Le cœur est gros présentant une surcharge graisseuse assez considérable. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche. — Léger épanchement intra-péricardique. Il n'y a pas de lésions des valvules auriculo-ventriculaires. Les valvules aortiques sont épaissies, mais non déformées et relativement peu malades. En versant de l'eau par l'aorte on constate un très-léger degré d'insuffisance ; à la partie centrale entre les trois valvules reste un petit orifice par lequel l'eau s'écoule dans le ventricule.

C'est du côté de l'aorte que nous trouvons des lésions profondes et nettement caractérisées. Tout d'abord, il existe une dilatation nette de la portion ascendante de la crosse aortique ; bien que cette dilatation ne soit pas très-considérable. La circonférence du vaisseau mesurée au niveau de la portion ascendante mesure 10 centimètres. La surface interne est irrégulière, comme chagrinée ; immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes on constate deux ou trois petits points athéromateux présentant l'aspect, la consistance de véritables plaques d'athérome artériel avec incrustations calcaires. Mais au-dessus les lésions sont évidemment beaucoup



plus jeunes, la tunique interne présente des bosselures ou plutôt des plaques saillantes blanchâtres de consistance fibreuse; entre ces saillies la membrane interne est plissée et nulle part ne présente l'aspect lisse et poli qui lui est habituel, ces lésions s'observent dans toute l'étendue de la crosse aortique, mais sont beaucoup plus prononcées dans la portion ascendante, l'aorte thoracique ne présente pas de lésion appréciable.

*Abdomen.* Nous trouvons une hydropisie de la vésicule biliaire avec un calcul engagé dans le canal cystique, la vésicule est distendue par un liquide incolore, filant, assez épais, le foie ne présente pas de lésion apparente. Il n'y a d'ailleurs évidemment pas de relation à établir entre ces altérations et les graves lésions constatées du côté de l'aorte; les reins sont congestionnés.

*Encéphale.* Le cerveau est absolument sain, pas d'hémorragie cérébrale; pas d'athérome des artères de la base.

*Examen histologique.* Nous avons pratiqué des coupes après durcissement préalable dans un des points où les lésions étaient le plus accentuées, sur un fragment pris au niveau de la portion ascendante de la crosse.

L'examen de ces préparations colorées par le picro-carminé nous montre de la manière la plus nette que nous avons eu à faire ici à un processus inflammatoire aigu. Déjà l'examen de la tunique interne à l'œil nu me faisait supposer qu'il ne s'agissait pas ici de lésion d'athérome chronique. Sur les coupes on voit nettement qu'il y a eu inflammation aiguë des parois de l'aorte. De plus les lésions sont plus accentuées encore au niveau des tuniques moyenne et externe que sur la tunique interne.

La tunique interne est épaissie et irrégulière — avec un faible grossissement les plaques saillantes forment des saillies sous forme de papilles circonscrites par une dépression périphérique, — les lésions au niveau de cette tunique ne paraissent pas tout à fait récentes; à un grossissement plus considérable on voit en effet de nombreuses cellules fusiformes allongées dans le sens de la direction des vaisseaux, par places seulement, par flots on voit des agglomérations de cellules rondes embryonnaires.

Les lésions sont plus récentes sur la tunique moyenne, il y a en effet une véritable infiltration embryonnaire de cette tunique, les lames élastiques sont écartées et pour ainsi dire dissociées par les cellules embryonnaires, en de nombreux points des traînées de cellules pressées s'étendent de la tunique externe à la tunique élastique, les mêmes lésions inflamma-

toires aiguës, peut-être moins accentuées qu'au niveau de la tunique élastique s'observent sur la tunique externe.

En résumé il y a des lésions incontestables d'aortite aiguë. M. le docteur Ducastel, chef du laboratoire de l'hôpital Necker a bien voulu examiner les préparations.

**25. Déformation du foie;** par Yvon, externe des hôpitaux.

Ce foie provient d'une femme qui a succombé le 17 novembre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Jeanne (service de M. Constantin Paul) à une tuberculose pulmonaire. Cet organe qui offre tous les caractères du foie gras des phthisiques est atteint d'une déformation siégeant particulièrement dans le côté gauche.

Par la face supérieure le lobe droit se présente sous une forme plus ou moins arrondie. Sur cette face on observe une petite ligne blanchâtre semblable à une cicatrice et qui paraît n'être que le résultat d'un épaissement léger du péritoine à ce niveau car une coupe de la substance hépatique démontre que cet aspect ne se retrouve plus dans l'intérieur du parenchyme; à l'extrémité gauche du lobe droit flottent des appendices formés de substance hépatique et dont on apprécie mieux la disposition en examinant l'organe par sa face inférieure.

Le sillon transverse très-court reçoit comme d'ordinaire la veine porte, l'artère hépatique et livre passage au canal hépatique. Les rapports respectifs de ces vaisseaux sont normaux. Le sillon transversal ne se prolonge pas jusqu'au sillon longitudinal, ce dernier n'existe que dans la moitié antérieure qui reçoit comme d'habitude la veine ombilicale. La moitié postérieure du sillon et le canal veineux semblent aussi disparus.

Quant au lobe gauche il est divisé en lobe secondaire au nombre de deux et rattaché à la face inférieure du lobe droit ainsi que le lobe de la vésicule biliaire et le lobe carré par une connexion ligamenteuse lâche qui semble formée surtout par la séreuse hépatique épaissie à ce niveau et sur laquelle on remarque des vaisseaux injectés.

Ces lobes secondaires sont libres, flottants et de volume différent. Le plus considérable offre une configuration qui de prime à bord le ferait prendre pour un des réseaux rattaché au foie par des adhérences pathologiques. De ce lobe naissent trois veines qui se rassemblent pour former un tronc d'un calibre assez considérable qui se dirige obliquement à droite et en arrière vers la veine cave inférieure. L'autre plus petit offre un volume double de celui d'une grosse châtaigne, situé au devant du précédent et donne naissance à un tronc veineux

de calibre à peu près égal à celui que nous venons de signaler et dans lequel il va se jeter du reste en passant au-dessous et en arrière de la veine ombilicale.

Le lobe carré est déformé, diminué de volume et forme des mamelons desquels part un tronc veineux, ce tronc situé à droite de ceux que nous venons de décrire, occupe dans sa partie terminale la place où se rencontre le lobe de Spiegel lequel atrophié est réduit à deux masses ovoïdes de configuration semblable à celle des ganglions lymphatiques, et formées par des lobules hépatiques.

Enfin à droite de la vésicule biliaire et rattaché comme elle au lobe droit du foie par un repli du péritoine se rencontre un petit mamelon de parenchyme hépatique qui passe entre le sillon transverse et le sillon de la veine cave inférieure et correspond ainsi au prolongement antérieur du lobe de Spiegel.

*Réflexions.* A quelle cause doit-on rattacher une semblable disposition ? Est-ce un état pathologique ou un état congénital ? Cette déformation n'est certainement pas le résultat d'une atrophie cirrhotique l'organe ; étant indemne de toute lésion de cette nature ; pour Virchow de semblables anomalies sont dues le plus souvent à la compression exercée sur cet organe ? Doit-on encore rapporter ce phénomène ainsi que l'a signalé Frerichs à une scoliose du thorax, l'examen de cette cage osseuse a été à ce point de vue négatif, peut-être l'usage des vêtements trop serrés ainsi que le rapporte encore cet auteur a-t-il pu amener une lésion de ce genre, toujours est-il que l'on a vu la constriction annulaire de la base du thorax amener des déformations du genre de celle qui nous occupe en déterminant à la longue une séparation complète des lobes de l'organe.

#### 26. Broncho-pneumonie subaiguë ; par NÉLATON, interne.

Parmentier, Catherine, âgée de 49 ans, blanchisseuse, entrée le 16 août 1878, salle Sainte-Claire, lit n° 16. Cette femme raconte qu'elle est malade depuis deux mois environ. Tous les soirs elle est prise de fièvre. Elle ne mange point, elle a considérablement maigri.

Jusqu'ici elle a réagi et ne s'est point soignée, mais de plus en plus souffrante elle s'est décidée à venir à l'hôpital. Lorsque nous la voyons, elle présente un aspect de cachexie profonde, son teint est mat et terreux, sa maigreur extrême, sa face exprime l'accablement le plus complet, sa langue est sèche, ses gencives enduites de fuliginosités, ses dents déchaussées.

Elle se plaint de vives douleurs lombaires, sa température est de 38°, son pouls bat 80 pulsations.

La première idée qui se présente à l'esprit lorsqu'on voit cette femme est qu'elle est atteinte d'un cancer occupant un organe profondément situé. Toutefois, après examen, il est impossible de reconnaître chez elle une affection de cette nature, et, tenant compte de la douleur lombaire, de la fièvre revenant par accès presque tous les soirs et de l'examen des urines qui y a fait reconnaître la présence d'une notable quantité d'albumine, on pense qu'il existe une inflammation périnéphrique.

Comme traitement, on applique des ventouses sur la région lombaire, on administre 75 centigrammes de sulfate de quinine et on met la malade au régime lacté.

Cependant la malade traîne ainsi jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre et son état reste le même sans qu'elle ressente aucune amélioration.

A cette époque elle est prise d'une petite toux sèche sans expectoration, et l'auscultation permet de reconnaître l'existence d'un souffle tubaire très-net au niveau de la fosse sous-épineuse droite. Un vésicatoire est appliqué sur cette région. Mais à partir de ce moment la fièvre augmente, la malade est en proie à un subdélirium constant et le 18 octobre elle succombe.

**AUTOPSIE.** — A l'ouverture du thorax, un épanchement purulent enkysté de la valeur de deux verres environ occupe la partie moyenne du poumon droit. Le poumon extrait de la cage thoracique présente les caractères suivants : il est dense, résistant au toucher. A sa surface, et recouvrant son lobe supérieur, on voit une fausse membrane blanche de 3 millim. d'épaisseur environ très-fortement adhérente à la plèvre.

Cette fausse membrane est percée d'une multitude de petits orifices circulaires, isolés ou juxtaposés et présentant dans ce dernier cas l'aspect poycyclique des vésicules d'herpès crevées. Lorsqu'on vient à exercer sur le poumon une pression légère, par tous les trous s'écoule du pus, si bien que les poumons présentent alors l'aspect d'un vaste anthrax.

Au-dessous de cette surface pseudo-membraneuse et dans la partie postérieure du lobe moyen la plèvre laisse voir par transparence de petits foyers purulents formant comme autant de points blancs sous la plèvre qui les recouvre comme une couche de vernis.

Une coupe du poumon faite à ce niveau permet alors de constater que ces points blancs répondent à autant de dilata-tions portant sur les extrémités terminales des bronches et remplies de pus. Lorsqu'à l'aide d'un fillet d'eau on a chassé

ce pus, ces alvéoles apparaissent les unes parfaitement circonscrites et communiquant seulement avec les bronches, les autres ulcérées sur leur contour et communiquant les unes avec les autres. Le parenchyme pulmonaire qui les entoure est hépatisé et présente cette marbrure violacée particulière à la bronchite capillaire.

*L'examen microscopique* a été fait au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux par M. Balzer, qui m'a remis la note suivante :

Sur les coupes du lobe moyen examinées à un faible grossissement après coloration par le picro-carminate d'ammoniaque, on voit de vastes espaces irréguliers, anfractueux formés par les bronches dilatées, autour desquelles les alvéoles remplis de produits inflammatoires forment des nodules très-volumineux et même confluent. Les parois des bronches, infiltrées de leucocytes, sont le plus souvent entièrement détruites et remplacées par les alvéoles allongés, comprimés et souvent ouverts directement dans la cavité bronchique; les alvéoles sont limités par d'épais tractus de tissu conjonctif infiltrés d'éléments embryonnaires. Sur plusieurs points la destruction et la dilatation des éléments des bronches a été poussée si loin que ces canaux sont presque contigus ou même communiquent directement ensemble; de vastes cavités sont ainsi constituées, pleines de pus, et dans lesquelles on ne distingue plus que quelques vestiges des couches des parois bronchiques, reconnaissables par le pigment anthracosique qu'elles renferment.

Dans plusieurs de ces points, la suppuration est la lésion principale, les lésions interstitielles ne sont pas en voie d'organisation, c'est l'infiltration leucocytaire qui domine dans les parois des bronches et des alvéoles, et qui est même souvent assez abondante pour former des collections purulentes qui remplissent les conduites alvéolaires et les alvéoles.

Dans les parties moins malades, à une certaine distance des bronches, les alvéoles ont leurs parois épaissies par la présence de cellules rondes et fusiformes, au milieu desquelles il est souvent difficile de distinguer les fibres élastiques qui semblent détruites en beaucoup de points.

Parfois, au contraire, la couche fibro-élastique est hypertrophiée, nettement fasciculée. Presque partout les alvéoles sont dilatés, déformés, et comme nous l'avons vu, leurs parois deviennent de plus en plus épaissies à mesure qu'on se rapproche davantage des bronches. Le contenu des alvéoles est variable. Le plus souvent, il est constitué par des réseaux fibrineux avec des globules de pus ou de grosses cellules rondes et très-granuleuses, renfermant un ou plusieurs noyaux.

Souvent la fibrine forme au centre de la cavité alvéolaire un peloton entouré par les leucocytes et de grosses cellules granuleuses; celles-ci contiennent souvent des gouttelettes de graisse :

Dans plusieurs points, il y a des foyers hémorrhagiques peu étendus, et plus souvent encore des petits foyers purulents semblables à ceux que nous avons décrits dans le voisinage des bronches. Les altérations du tissu conjonctif intra et périlobulaires sont également très-remarquables : les parois des artères voisines des bronches sont infiltrées de cellules embryonnaires surtout dans la couche adventice. C'est la périartérite qui domine dans ces lésions vasculaires, nous avons vu cependant plusieurs vaisseaux dont la couche interne était en prolifération et entièrement obturée par du tissu embryonnaire ; d'une façon générale, les vaisseaux sont cependant les éléments qui ont le mieux résisté, et c'est autour d'eux que le nodule péribronchique est le mieux reconnaissable.

Dans la partie supérieure du lobe, au voisinage de l'adhérence qui unit le lobe supérieur avec le lobe moyen, on observe les mêmes altérations avec cette différence que les nodules péribronchiques sont moins étendus et qu'on distingue facilement autour d'eux des zones dans lesquelles les produits d'exsudations, fibrine et globules blancs, sont beaucoup moins abondants. Au niveau de l'adhérence, on trouve un exsudat fibrino-leucocytaire entre les deux plèvres dont les couches conjonctivo-élastiques sont considérablement épaissies. Dans le lobe supérieur, on trouve des lésions analogues à celles que nous venons de décrire dans le lobe moyen mais beaucoup moins accentuées, et même moins nettement distribuées autour des bronches. Les alvéoles et les conduits alvéolaires sont très-dilatés, ce qui nous porte à penser que la dilatation considérable que nous avons parfois observée dans les alvéoles du lobe inférieur, doit être attribuée à l'emphysème non moins qu'à la distension par les produits d'exsudation.

En résumé, on constate dans ces cas des lésions analogues à celles de la broncho-pneumonie subaiguë des enfants :

Bronches dilatées en grande partie détruites, nodules péribronchiques confluent avec suppuration en certains points; infiltrations de cellules embryonnaires des parois alvéolaires, des vaisseaux et du tissu conjonctif périlobulaire et périaci-neux.

C'est la bronche qui a été le point de départ des lésions, comme le démontrent ses altérations profondes, l'infiltration leucocytaire et la destruction partielle de ses couches conjonctivo-élastique et musculaire. Consécutivement l'inflammation interstitielle a gagné les différents espaces intra et

périlobulaires, et les parois des alvéoles dont la cavité était déjà remplie par les produits de desquamation épithéliale et d'exsudation fibrineuse et leucocytaire.

**27. Quelques considérations sur l'uréthrotomie externe ;**  
par le Dr VIDAL-SOLÈRES.

Parmi toutes les méthodes qui ont été employées pour des retrécissements du canal de l'urèthre, il en est une qui, grâce à la désapprobation que lui infligea l'école de Desault, fut longtemps proscrite en France, et que M. le professeur Sédillot chercha à populariser par la publication, en 1854, d'un mémoire à l'Académie de médecine : c'est l'uréthrotomie externe.

L'uréthrotomie externe est une opération qui a pour but de rétablir le calibre de l'urèthre rétréci ou oblitéré, en attaquant le tissu du retrécissement, en allant des parties superficielles vers les parties profondes. Mais les retrécissements du canal de l'urèthre sont de plusieurs sortes.

On peut les diviser en : 1° retrécissements infranchissables ; 2° retrécissements qui permettent le passage d'une bougie et, par conséquent, en uréthrotomie externe sans conducteur et uréthrotomie externe sur conducteur.

M. Sédillot reconnaît que l'uréthrotomie externe est indiquée dans les trois cas suivants :

1° Retrécissements franchissables, mais non dilatables, d'une façon durable ;

2° Retrécissements franchissables, mais non dilatables ;

3° Retrécissements infranchissables.

D'après M. Tillaux, l'uréthrotomie externe serait applicable dans les cas suivants :

1° Retrécissements infranchissables avec induration, infiltration plus ou moins étendue du périnée et de la région scrotopénienne. Il n'y a ni fistule périnéale, ni rétention.

2° Même état de l'urèthre et des parties molles, avec ou sans fistules, avec rétention d'urine.

Nous désignons par *retrécissements infranchissables* toute coarctation uréthrale, qui ne se laisse traverser par aucune bougie, quelque soit son calibre. Cette impuissance peut tenir à des causes variées ; un gonflement inflammatoire, un refoulement de la muqueuse, une énergique contraction des fibres musculaires, un cul-de-sac, une fausse route, etc.

L'uréthrotomie périnéale ne doit intervenir qu'exceptionnellement dans les *retrécissements accessibles aux bougies*, mais compliqués de fistules ou de corps étrangers dans la vessie. Nous estimons, en effet, que dans tous les cas de retrécissements franchissables, si la dilatation progressive ne suffit pas

pour amener la guérison, c'est toujours à ce dernier moyen qu'il faut avoir recours.

Quant la dilatation progressive réussit, les fistules le plus souvent guérissent spontanément, lorsque le calibre du canal a été rétabli. Quelquefois la guérison se fait longtemps attendre et le malade se désespère. D'autres fois, c'est le nombre de fistules et l'épaisseur du tissu inodulaire, qui composent leur trajet, qui s'opposent à leur fermeture. Dans d'autres circonstances, tout cet état pourra être accompagné de la présence d'un corps étranger dans la vessie.

Les rétrécissements spasmodiques sont dus, selon Dolbeau, « à la contraction spasmodique des plans musculaires de la région dite musculuse de l'urèthre. » C'est une affection qui n'est pas absolument rare, mais souvent méconnue et confondue avec d'autres.

Dolbeau divise les spasmes du canal de l'urèthre en :

1° *Spasmes simples ou hygides*. — On les rencontre en sondant un canal sain. Ils sont dus à un réflexe produit par le passage de la sonde.

2° *Spasmes symptomatiques*. — Se voient dans un canal atteint d'un rétrécissement facile à franchir par exemple.

3° *Spasmes idiopathiques*. — Les deux premières espèces de spasmes ne constituent qu'une affection très-légère, facile à vaincre, et disparaissant avec les causes qui les provoquent.

Nous nous occuperons de la dernière. C'est une maladie qui se présente parfois sans lésions, sans cause connue et qui peut amener, pour le malade, les conséquences les plus redoutables.

Au début, l'affection est peu gênante, la contraction spasmodique cède assez facilement, surtout lorsqu'on fait usage de la belladone.

Mais à la contraction succède la contracture qui, elle, cède plus difficilement et qui, avec le temps, devient de plus en plus sérieuse. Il résulte de là que le malade finira par se trouver exposé aux graves accidents qui succèdent à l'accumulation de l'urine dans la vessie.

Le plus souvent, on aura à constater la dilatation du réservoir urinaire, la congestion de la muqueuse vésicale, puis inflammation des reins avec accès de fièvre, et enfin suppuration des reins. Il existe des autopsies à l'appui de ce fait.

Dolbeau, en donnant le tableau de la première période de la maladie qui nous occupe, dit que les reins suppurent, et alors les malades, plongés dans le marasme et l'hypochondrie, succombent aux accidents nombreux qui se sont développés et contre lesquels l'art est sans ressources. La durée de la maladie est sujette à quelques variations, en rapport avec la



constitution des malades ; elle est subordonnée à la nature des accidents qui se développent.

*De l'uréthrotomie externe sur conducteur. Procédé de Syme.* — Le chirurgien introduit dans l'urèthre un cathéter cannelé, courbe, présentant une extrémité assez ténue pour pouvoir être introduit dans le rétrécissement.

Cela fait, on pratique sur la ligne médiane une incision de 4 à 5 centimètres, on dissèque les parties molles jusqu'à ce que l'on puisse sentir le cathéter, après quoi, plaçant la pointe du bistouri dans la rainure, on sectionne le rétrécissement dans toute sa hauteur. On retire alors le cathéter, qu'on remplace par une sonde à demeure, et on laisse le bourgeonnement et le rapprochement des lèvres de la plaie reconstituer la paroi inférieure du canal.

*Procédé Gouley.* — Lorsque le rétrécissement est un peu serré il est impossible d'introduire le cathéter métallique de Syme. — Gouley, de New-York, commence par introduire dans le canal une bougie filiforme de baleine, puis il l'engage dans un petit pont que porte l'extrémité libre d'un cathéter métallique et il pousse ce cathéter jusqu'au rétrécissement. L'incision du périnée ayant conduit sur le cathéter, on introduit dans le bout postérieur du canal le bistouri de Weber, et l'on fait par la plaie du périnée une sorte d'uréthrotomie interne.

*Cas clinique.* — Dethine (Albert), 43 ans, cordonnier, constitution très-faible, est entré à l'hôpital du Midi, service de M. Horteloup, le 11 septembre 1878. Ce malade, en 1872 a fait une chute à califourchon sur une chaise, de la hauteur de 2 mètres. Il se releva et continua à marcher et au bout d'un moment il rendit par le canal de l'urèthre une quantité de sang qu'il évalua à un verre.

Depuis lors il doit faire des efforts de miction pour pouvoir uriner et a aussi des intermittences dans le jet de son urine. Dans le mois de juillet de 1878 il commença à souffrir d'un abcès qui siège dans le périnée : son médecin lui ordonna l'application continuée de cataplasmes de farine de lin sur le même abcès et au bout de trois semaines à la suite des violents efforts qu'il fit pour uriner, l'abcès s'ouvrit dans le périnée, laissant passer du pus et un jet très-fort d'urine. De là une fistule uréthrale a persisté.

A partir de cette époque (7 juillet) le malade urine, sans se sonder, par le canal et par la fistule.

Voyant que son état restait stationnaire il se décida à entrer le 11 septembre à l'hôpital : vers le premier octobre, huit jours avant d'être opéré, il a eu un frisson intense accompagné d'une douleur aiguë, pongitive, exacerbante avec chaleur

brûlante et un sentiment de pesanteur dans le rein gauche se propageant vers la vessie (néphrite ?).

M. Horteloup lui ordonna l'application de huit ventouses scarifiées dans la région lombaire gauche. Le jour suivant ce prélude d'inflammation rénale disparut.

Le 8 octobre nous opérâmes ce malade selon le procédé de Syme. M. Horteloup lui plaça une sonde à demeure qu'il garda seulement quatre jours et comme pansement il fit mettre, dans la plaie, de la charpie enduite d'un mélange à parties égales d'alcool et de glycérine.

Ce malade n'a pas eu la moindre indisposition après avoir été opéré.

Toutes les semaines on lui faisait des séances de cathétérisme. Le 14 novembre M. Horteloup lui signa son *exeat*.

Nous voyons que les soins qui doivent être donnés aux opérés d'uréthrotomie externe sont simplement à surveiller la plaie, à l'activer avec des attouchements au nitrate d'argent ou avec les injections de vin aromatique et à l'usage qu'on doit faire de la sonde pour maintenir le calibre du canal.

Une fois l'opération finie faut-il réunir la plaie? — M. le professeur Gosselin, s'appuyant sur un grand nombre de résultats bien démontrés, se prononce formellement pour la non réunion. La pratique a prouvé en effet, que c'était la meilleure manière d'agir. On ne fera donc pas de sutures, et le malade sera couché sur le dos, les cuisses fléchies et rapprochées l'une de l'autre avec un coussin sous les jarrets pour les soutenir. La sonde restera toujours ouverte pour permettre à l'urine de s'écouler goutte à goutte afin qu'elle ne traverse pas la plaie.

*Fixation de la sonde et durée de son séjour dans le canal de l'urèthre.* Outre la perte de temps que demande la fixation d'une sonde par le procédé classique, ce moyen présente encore plusieurs inconvénients : 1° Si le malade va au bain, la bande de diachylon qui tient tout l'appareil se détache ; 2° Le fil de coton mouillé par le bain ou par l'urine incommode le malade et l'action continue des liquides sur la muqueuse détermine de l'inflammation : l'appareil imaginé par M. Boyron remédie à tous ces inconvénients. Il consiste en quatre petites bandes de caoutchouc réunies d'un côté par une plaque de même nature plus forte et percée d'un trou par lequel passe la sonde ; de l'autre par une petite bande également en caoutchouc qui doit se fixer à la verge. Pour ce faire, cette bande est, à l'un de ses chefs, percée de trous dans lesquels on engage l'autre chef de manière à former un anneau qui entoure la verge et qui, avec une pression très-légère, maintient la sonde dans l'urèthre.

Le temps pendant lequel le malade doit garder la sonde à demeure est variable selon les auteurs. Syme l'enlevait dès le premier jour pour la repasser tous les matins. M. Sedillot la laisse à demeure pendant la première semaine, et il prétend n'avoir jamais éprouvé de difficultés pour l'introduire. M. Horteloup la laisse quatre jours; d'autres la laissent deux; en général, cela dépendra de l'état de l'urèthre du malade et de la pratique habituelle à chaque chirurgien.

---

*Séance du 29 novembre.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**28. Lésions du crâne, causées par la syphilis héréditaire;**  
par M. le professeur PARROT.

Plusieurs fois, j'ai présenté aux membres de la Société anatomique, des os de jeunes enfants, atteints de lésions produites par la syphilis héréditaire et tout récemment (1) j'ai fait ressortir l'importance clinique de ces lésions qui, en l'absence des manifestations cutanées de la maladie, permettent à l'observateur de reconnaître son existence durant la vie. Mais jusqu'ici, du moins, dans cette enceinte, je me suis borné à la description morphologique des os malades et je n'ai pas donné sur eux de détails histologiques.

Toutefois, ayant longuement étudié ce point d'anatomie pathologique, j'ai exposé ce que je savais sur ce sujet dans les leçons que j'ai faites il y a deux ans sur la *syphilis héréditaire*, à l'hospice des Enfants-assistés, et dans deux publications qui datent d'un an environ, j'en ai donné un court aperçu. La première a paru dans la *Revue mensuelle de méde-*

---

(1) Voir séance du 25 octobre.

*cine et de chirurgie de 1877* (pages 667 et 669). On y lit les deux passages suivants : « Sous le périoste, à la surface des os se déposent des ostéophytes reconnaissables à leur saillie et à la disposition de leurs trabécules, dirigées perpendiculairement à la surface qu'ils couvrent.... Sur le crâne ils forment des mamelons larges et aplatis ; surtout au niveau des angles péribregmatiques des frontaux et des pariétaux, et le long de la suture sagittale. Sur l'humérus, ils enveloppent les deux tiers inférieurs de la diaphyse, et sur le tibia, ils occupent la face interne, dont ils amoindrissent la concavité. »

« Les ostéophytes n'ont pas, comme l'os normal, de véritables corpuscules osseux, avec leurs fins canalicules et régulièrement disposés autour des canaux de Havers ; à leur place il y a des loges avec des cellules conjonctives, munies d'un certain nombre de prolongements, qui les font communiquer entr'elles et avec les espaces médullaires. Ces corpuscules pathologiques sont toujours plus abondants que ceux du tissu sain, surtout au voisinage du périoste, avec lequel ils affectent les rapports les plus intimes, étant une émanation de sa couche profonde. — Les mêmes liens les rattachent aux espaces médullaires, remplis dans les parties malades, non par de la moelle, mais par des vaisseaux et du tissu conjonctif, dont les corpuscules très-multipliés s'anastomosent avec eux. »

La seconde publication fait partie des travaux de l'*Association française pour l'avancement des sciences. (Congrès du Havre)*. Elle remonte au mois d'août 1877. Il y est dit, en parlant des ostéophytes crâniens :

« Au début, ce sont des saillies lenticulaires, à contour régulier, tranchant sur le reste de l'os, par leur couleur rouge ou violette, par leurs porosités et leurs sillons vasculaires, s'étendant peu à peu de leurs points d'origine à ceux du voisinage, et de la sorte, couvrant parfois la plus grande partie de la calotte crânienne, mais en respectant certaines régions très-limitées, telles que les bossés frontales, celles des pariétaux et l'occipital. Il n'est pas rare dans ces cas à marche envahissante, de voir le produit morbide passer comme un pont sur les sutures faisant ainsi prématurément disparaître leur trace et arrêtant leur jeu. Ce n'est pas seulement en surface que le produit pathologique s'accroît, les saillies qu'il forme deviennent aussi plus apparentes, par la superposition de nouvelles couches, et de la sorte, la paroi crânienne peut atteindre par places une épaisseur de 2 et même de 3 centimètres. — Quand la période d'activité, de pousse, si l'on peut ainsi dire, est épuisée, le tissu pathologique devient plus dur et plus dense, par le rétrécissement des espaces médullaires, et il en résulte une augmentation notable dans le poids du crâne. »

M. DESPRÉS. Les faits dont nous parle M. Parrot, ne sauraient être mis en doute, seule, l'interprétation qu'il en tire, me semble contestable, et je me demande sur quoi il s'appuie pour établir que ces tumeurs ostéophytiques sont de nature syphilitique ? Pour moi, je ne vois là qu'un exemple de plus du mode de réparation générale du tissu osseux, identique à celui qu'on trouve dans les sarcomes, les céphalœmatomes guéris, ou le cal des fractures, c'est donc si l'on veut la *réparation d'une lésion osseuse opérée pendant le cours d'une syphilis*, mais encore une fois il n'y a dans ce processus rien de spécial à la syphilis.

M. PARROT. Il n'y a évidemment ici, aucun élément anatomique spécial; seuls, leur groupement, leur disposition ont quelque chose de particulier; d'ailleurs pour prendre la question de plus haut, est-ce que dans toutes les lésions inflammatoires on ne trouve pas toujours les mêmes éléments, c'est-à-dire la formation de cellules embryonnaires, c'est donc moins à la nature qu'à la disposition des lésions élémentaires, qu'il faut s'attacher, et c'est en agissant ainsi que je puis affirmer, de par l'arrangement des trabécules de l'ostéophyte qu'il s'agit d'une lésion syphilitique.

M. CHARCOT fait remarquer que personne n'hésite à première vue pour diagnostiquer un grand nombre de lésions cutanées de nature syphilitique, ce qui ne pourrait être, si comme le veut M. Després, il fallait s'appuyer exclusivement sur la présence d'éléments anatomiques, véritablement spécifiques.

**29. Hydrocèle et kyste épiddymaire communiquant; par M. DESPRÉS.**

M. DESPRÉS présente une pièce provenant d'un adulte de 50 ans qui, depuis deux ans, portait cette tumeur. Il avait eu, il y a trois ans, une hydrocèle de la tunique vaginale droite simple. Aujourd'hui, la tumeur du côté gauche présentait les caractères suivants : Tumeur du volume d'un œuf de dinde, présentant une bosselure principale en avant et quatre bosselures volumineuses en arrière; quelques petites bosselures existaient en outre en haut; les quatre bosselures ainsi que la bosselure antérieure étaient absolument transparentes et l'on voyait ça et là quelques ombres, mais aucune ne représentait le testicule. Ces quatre bosselures postérieures communiquaient largement ensemble et communiquaient avec la bos-

selure principale. Le liquide en passant produisait *un bruit de frémissement* analogue à celui que produisent les grains hor-déiformes dans les kystes du poignet.

Le diagnostic ne pouvait être certain que lorsque l'on aurait fait une ponction. Je ne la fis point. La singularité de la tumeur que l'on pouvait supposer être un kyste hydatique, une hydrocèle cloisonnée, ou un kyste épидидymaire communiquant avec une hydrocèle vaginale, me poussa à proposer au malade la castration. L'expérience m'ayant appris que dans ces kystes irréguliers, la ponction et l'injection iodée ne sont pas innocentes et n'assurent pas la guérison, que les ponctions simples ne sont que des palliatifs, j'ai pensé que la castration débarrasserait d'un coup le malade et que la science posséderait une pièce d'une lésion rare et instructive.

Voici la pièce. La grosse bosselure ouverte en avant permet de voir le testicule aplati et atrophié sur la paroi postérieure de la poche. L'épididyme étalé sépare les quatre bosselures postérieures et il existe dans le *mésentère de l'épididyme un orifice arrondi* de quatre millimètres de diamètre qui fait communiquer la tunique vaginale avec un autre kyste à quatre bosselures. Les parois de ce kyste sont assez épaisses et offrent une épaisseur égale à celle de la tunique vaginale.

Le liquide extrait de la tumeur est un liquide très-clair qui ne donne aucun dépôt et n'est pas aussi citrin que le liquide de l'hydrocèle ordinaire.

Cette tumeur ne ressemble pas aux hydrocèles cloisonnées décrites par Béraud. Je pense plutôt qu'il s'agit d'une hydrocèle enkystée de l'épididyme ouverte dans une hydrocèle de la tunique vaginale développée parallèlement au kyste épидидymaire. Ce qui me pousse à faire cette hypothèse, c'est que j'ai observé un fait analogue et dont voici le résumé.

Le nommé Villemot (J.-Baptiste), 67 ans, entre à l'hôpital le 4 mars 1878, pour une tumeur du scrotum transparente, régulière, ayant la forme de la tunique vaginale et qui paraissait une hydrocèle simple. Je fis une ponction. Je retirai d'abord environ 80 grammes de liquide citrin et je constatai que la tumeur ne s'était qu'à moitié vidée. Je réintroduisis alors le poinçon dans la canule et je fis alors une ponction en dirigeant mon trocart vers la partie de la tumeur qui ne s'était point vidée. Je ponctionnai et je fus assez surpris de voir couler du liquide transparent comme de l'eau de roche, 100 grammes environ. Le liquide fut examiné et quoiqu'il ne contint que des filaments d'un caractère douteux, je diagnostiquai : Hydrocèle et kyste spermatique épидидymaire. C'était la seule fois que j'avais vu pareille chose, j'avais déjà ponctionné des hydrocèles cloisonnées, une entre autres qui avait été déjà injec-

tée à l'iode une fois. Mais dans tous les cas, il était sorti des deux poches le même liquide citrin. La ponction et l'injection iodée n'ont guéri que l'hydrocèle. Le kyste persista, diminué, il est vrai.

Les hydrocèles cloisonnées sont des poches superposées. Généralement, la poche accessoire est petite et elle est située au-dessus et en avant du testicule. Ce n'est pas le cas sur la pièce que je vous présente, car les tumeurs accessoires qui égalaient presque le volume de l'hydrocèle vaginale étaient exactement aux points où siègent les hydrocèles épiddymaires décrites par Velpeau.

Cette pièce sera déposée au musée Dupuytren où elle servira à élucider un point encore obscur des tumeurs du testicule et de ses enveloppes.

M. TERRILLON a vu le malade avant que M. Després n'eût pratiqué la castration ; l'hydrocèle était entièrement transparente, mais on ne pouvait distinguer la présence du testicule.

En pratiquant des injections dans un grand nombre de tunique vaginales, il a vu que celles-ci présentaient un grand nombre de petits replis ou diverticules se laissant parfaitement dilater, cette disposition normale expliquerait donc facilement le passage du liquide de la grande cavité vaginale dans ces petits diverticules ; d'où il résulte que la tumeur présentée par M. Després serait un type complet de l'hydrocèle en bissac de Béraud.

**30. Pachyméningite avec hématomas comprimant les régions corticales non motrices ; par MM. LANDOUZY et RÉMY (avec schéma dans l'album).**

Le 30 octobre 1878, entré dans le service de M. le professeur Hardy, V... Victor, typographe, âgé de 64 ans. Cet homme, de constitution épuisée, paraissant plus que son âge, accusait des maux de tête qui le faisaient souffrir incessamment depuis plusieurs mois, époque à laquelle il avait senti, sans cause appréciable, ses forces, son intelligence et sa mémoire décliner.

De fait, c'est lentement, péniblement, que le malade répond aux questions qui lui sont adressées sur son passé et sur les troubles dont il se plaint : sur ses réponses hésitantes on ne peut établir qu'une chose, c'est, que depuis plusieurs mois, il souffre de la tête et que depuis cette époque, son état général et ses forces ont tellement baissé qu'il a renoncé à toute espèce de travail : il ne semble pas, que jamais, même au plus fort de sa céphalée le malade ait eu ni vomissements, ni phé-

nomènes paralytiques ou convulsifs, ni perte de connaissance.

L'examen complet du malade ne révèle rien autre chose qu'un athérome artériel très-prononcé, un affaiblissement considérable des quatre membres et un état cérébral tellement apathique que V... ne semble avoir aucune spontanéité, ne cause avec personne et ne répond aux questions qu'on lui adresse qu'alors, que sollicitant vigoureusement son attention, on prend soin de le tirer de la torpeur dans laquelle il est presque toujours plongé : la vie végétative semble seule conservée.

De maintes explorations auxquelles on se livre, il résulte que la force musculaire a baissé dans les quatre membres sans qu'on puisse trouver, ni dans l'un quelconque des membres, ni du côté de la face, trace d'une véritable paralysie.

Cet état d'affaiblissement général ne fait que s'accroître et cela sans fièvre ; en l'absence de toute lésion viscérale capable d'expliquer l'état de déchéance dans lequel se trouve le malade — qui ne présente pas de teinte cachectique — se plaignant toujours et seulement de céphalée, on porte le diagnostic : ramollissement cérébral probable, ramollissement diffus, extrinsèque aux régions motrices.

V... succombe, par le poumon, le 22 novembre 1878.

L'autopsie fait voir une pachyméningite cérébrale, étendue à toute la cavité arachnoïdienne, dont les fausses membranes tapissent uniformément les deux feuillets de la séreuse : fausses membranes de teintes diverses, variant du rouge-noir au rouge-violet et offrant, en certains points une teinte ocreuse des plus nettes. En plusieurs endroits, se sont formés des hématomes dont la position et le volume ont été exactement figurés sur le schéma : ces hématomes se sont creusés de véritables nids dans la pulpe cérébrale qu'ils ont affaissée et cela dans une largeur et une profondeur qui donnent à ces dépressions assez bien l'aspect d'une cuvette de montre. Le schéma permet de voir que les trois dépressions résultant des hématomes droits, aussi bien que la dépression en rapport avec l'hématome gauche sont extrinsèques aux régions motrices proprement dites, puisqu'elles sont, pariétales postérieures, frontale antérieure et sphénoïdale.

Rien autre chose à signaler que des adhérences de la pie-mère à la pulpe cérébrale, adhérences (figurées en couleur brune sur le schéma) assez intimes pour entraîner la pulpe cérébrale sous-jacente. Les systèmes veineux et artériel intra-cérébraux sont plus développés qu'à l'état normal. À peine d'athérome des artères de la base : nulle part on ne trouve trace de ramollissement.



En résumé, il s'agit ici d'une pachyméningite diffuse s'étant révélée simplement par la céphalée et la déchéance intellectuelle et physique du malade : on comprend, que, en l'absence de phénomènes convulsifs, en l'absence de vomissements, en l'absence enfin d'attaques apoplectiformes on se soit plutôt rangé à l'hypothèse diagnostique : ramollissement, qu'à l'idée d'une méningite chronique ; l'âge du malade, son athérome artériel, la fréquence des infarctus cérébraux devaient plutôt faire songer au ramollissement qu'à la pachyméningite en faveur de laquelle on n'avait vraiment qu'un seul symptôme à faire valoir, la persistance des maux de tête. Remarquons, en terminant, que si le diagnostic a erré sur la nature de la lésion encéphalique, il n'a point erré sur la topographie de cette dernière, car il avait été très-nettement dit, au lit du malade, que les lésions encéphaliques diffuses devaient présenter leur maximum en dehors des territoires moteurs, ce qu'a démontré péremptoirement l'autopsie dont on retrouvera les éléments les plus importants, dans le schéma.

M. DURET remarque qu'il s'agit ici d'une compression cérébrale lente, et demande si on a observé chez le malade de la lenteur du pouls et de la respiration, ce qu'il a trouvé en pareil cas, chez les animaux mis en expérience.

M. LANDOUZY. Rien de semblable n'a été observé chez notre malade.

**31. Ataxie locomotrice; — Amyotrophie secondaire des membres supérieurs; — Arthropathie du coude gauche; par Alph. ROBERT, interne des hôpitaux.**

La nommée Louise Collet, âgée de 44 ans, journalière, entrée le 6 septembre 1878, salle Saint-Louis, lit n° 3, hôpital temporaire.

Le père de cette malade est mort à 77 ans, après avoir été paralytique et amaurotique pendant cinq ans (?). Elle n'a pas connaissance d'autres antécédents nerveux dans sa famille. Pas de scrofule pendant l'enfance; rougeole à dix ans. La menstruation a eu lieu chez elle pour la première fois à douze ans; elle a toujours été régulière, mais peu abondante. Pas d'enfant ni de fausse couche.

Cette femme habite Paris depuis 23 ans: elle n'a jamais logé dans une chambre humide. Absence d'alcoolisme et de syphilis, mais en revanche les chagrins ne lui auraient pas manqué. Il y a une douzaine d'années, elle ressentait, pendant quelques semaines, des douleurs vagues dans les membres infé-

rieurs. A la même époque, elle fut atteinte d'une bronchite aiguë qui dura environ trois semaines.

C'est, en somme, depuis sept ans environ, que sa santé est dérangée. A la suite d'une violente émotion survenue au moment de ses règles, elle fut prise d'un tremblement qui occupait les membres inférieurs et qui la gênait beaucoup pour marcher. En même temps elle était d'une susceptibilité nerveuse excessive. Cet état a duré à peu près deux ans sans grandes modifications. Mais ses jambes s'affaiblissaient de plus en plus ; sensation de coton. *Douleurs fulgurantes* terribles pendant plusieurs mois ; elle les éprouve encore de temps en temps ; au début c'était seulement dans les membres inférieurs, maintenant elle les ressent aussi quelquefois dans les membres supérieurs.

Pas de phénomènes de constriction, pas de douleurs en ceinture. Absence de crises gastriques ; elle n'a jamais eu de troubles de la vue à aucune époque de sa maladie. Depuis seize mois, la faiblesse et l'incoordination des membres inférieurs ont augmenté au point de rendre la marche tout à fait impossible. Depuis cette époque elle passe sa vie dans un fauteuil ou couchée. Il y a quelques mois qu'elle a remarqué un amaigrissement progressif et simultané des membres inférieurs et supérieurs.

Enfin, il y a un mois à peine, elle a, sans ressentir la moindre douleur, vu son coude gauche augmenter brusquement de volume. Dans l'espace de huit jours, il avait atteint la dimension d'une grosse orange. Dislocation articulaire à la suite et production de mouvements désordonnés dans tous les sens.

*Etat actuel.* Facies un peu amaigri, les pupilles sont égales. La malade repose sur son lit dans le décubitus dorsal. L'impuissance des membres inférieurs n'est qu'apparente, car lorsqu'on lui fait lever la jambe par exemple, le mouvement s'accomplit, mais dans de mauvaises conditions, brusquement, par secousses et dépasse le plus ordinairement le but ; il en est de même aux membres supérieurs avec lesquels il lui est impossible d'atteindre du premier coup la pointe de son nez.

Retard très-appréciable des sensations tactiles. Rien aux sphincters. Constipation habituelle.

Aux membres supérieurs nous notons une atrophie, marquée surtout à l'avant-bras et aux éminences thenar et hypothenar qui n'existent pour ainsi dire plus ; il y a également de profondes dépressions intermétacarpiennes.

Ces lésions sont plus accusées du côté gauche. Le coude gauche est absolument déformé ; il est représenté par une tumeur globuleuse, mal arrondie, du volume approximatif d'une orange.

La peau a conservé sa couleur normale et glisse facilement sur les parties sous-jacentes; il n'y a pas d'empatement bien sensible du tissu cellulaire.

Une pression plus profonde fait constater que les extrémités articulaires sont totalement disjointes; entre l'humérus et le squelette de l'avant-bras est un espace intermédiaire occupé par du liquide qui le remplit incomplètement, car on a la sensation d'une poche flasque à moitié vidée; la fluctuation est très-nette; quand on rapproche les extrémités articulaires, ce qui est facile, le liquide reflue alors sur les parties périphériques, on produit le plus souvent un *craquement* sourd sans sécheresse qui semble indiquer que les surfaces cartilagineuses ne sont pas érodées. Il n'y a pas trace de cal, ni de fracture récente péri-articulaire. J'insiste sur l'*indolence absolue* passée et présente de la région malade.

Nous avons donc affaire à une *dislocation* du coude gauche qui permet les mouvements les plus désordonnés et les positions les plus bizarres de l'avant-bras sur le bras. L'articulation rentre en quelque sorte dans les conditions des articulations à surfaces sphériques. C'est ainsi que l'avant-bras peut se placer à angle droit sur le bras, aussi bien en arrière que du côté externe; une circumduction complète est facile; il est aisé de se rendre compte des combinaisons variées que comporte un pareil état de l'articulation. — A droite, le coude est absolument normal. Rien aux poumons ni au cœur. Les urines ne renferment pas d'albumine. L'appétit est assez bien conservé.

*Traitement* Bromure de potassium 1 gramme. On porte la malade de temps en temps aux bains sulfureux. Pas de changement dans le cours du mois de septembre.

4 octobre. — Vomissements. Ténésme vésical et rectal.

10 octobre. — Eschare médiane du sacrum.

20 octobre. — La malade baisse visiblement; son moral s'affaiblit; elle pleure facilement. Elle tousse; râles sous-crépittants aux bases en arrière. La température s'élève le soir aux environs de 39°.

6 novembre. — Incontinence urinaire et fécale. L'eschare a près de cinq centimètres carrés. Potion de Tood.

Mort le 12 novembre sans nouveaux phénomènes.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. Rien aux méninges ni au cerveau.

*Moelle.* Rien à noter dans les méninges rachidiennes, si ce n'est un peu de congestion dans les vaisseaux de la pie-mère vers le renflement lombaire. Les cordons postérieurs se distinguent nettement sur toute la longueur de la moelle par une coloration grisâtre.

*A la coupe.* Renflement cervical, les faisceaux radiculaires internes et les cordons de Goll sont le siège d'une sclérose des plus évidentes. Les cornes antérieures sont considérablement atrophiées, la gauche surtout qui n'apparaît plus que comme un point gris, perdu au milieu de la substance blanche qui l'entoure. Des coupes pratiquées dans les régions dorsale et lombaire, ont fourni la preuve que la sclérose des cordons postérieurs occupait toute l'étendue de la moelle.

*Poumons.* Congestion hypostatique intense des deux bases. Adhérences pleurales, sans tubercules au sommet droit. — Rien dans les viscères abdominaux.

*Coude gauche.* — Les désordres sont plus accusés que l'examen clinique ne l'avait fait supposer.

La *trochlée* humérale a tout à fait disparu, ainsi que l'épithrochlée. On en retrouve cependant quelques fragments très-altérés dans l'espèce de capsule irrégulière qui limite l'articulation agrandie. Le *condyle* est assez bien conservé en revanche, et le cartilage ne paraît avoir subi qu'une légère altération à ce niveau, car sa surface est un peu vilieuse et grenue.

La tête du radius manque absolument; elle est remplacée par une surface osseuse oblique, irrégulière et érodée; tout à fait au sommet persiste une petite plaque cartilagineuse.

L'olécrane a conservé sa forme générale, mais le cartilage fait presque partout défaut, et au lieu d'arêtes vives, il n'y a plus que des surfaces très-émoussées.

Cette observation soulève quelques réflexions, bien qu'on n'ait pas examiné les ganglions spinaux, ni les nerfs périphériques, il existait à l'œil nu une altération évidente des cornes antérieures à la région cervicale, altération que le microscope confirmera sans doute. D'ailleurs, l'existence, constatée cliniquement, d'une amyotrophie parallèle à l'arthropathie semble déjà donner raison aux auteurs qui font relever ces lésions articulaires d'une atrophie des cornes antérieures.

M. le Dr Rémy, directeur du laboratoire de la Charité, a bien voulu examiner la moelle au microscope. Il a trouvé une sclérose très-avancée des faisceaux radiculaires internes et des cordons de Goll, sclérose qui poussait des prolongements jusque dans la substance grise des cornes antérieures, non pas directement, mais en contournant les parties latérales de l'axe gris. Aussi bien à droite qu'à gauche, les groupes cellulaires antérieurs étaient frappés d'atrophie; la plupart des cellules avaient perdu leurs prolongements et beaucoup se présentaient seulement sous l'aspect de petits corps arrondis. Ces lésions occupaient le renflement brachial; quant à la dégénérescence scléreuse des cordons postérieurs, elle exis-

taut dans toute la hauteur de la moelle et s'effilait comme d'ordinaire, dans les régions inférieures.

### **32. Pachyméningite rachidienne du mal de Pott.**

M. CORNIL montre une série de dessins histologiques reproduisant les lésions qu'il a trouvées dans les méninges rachidiennes chez les individus atteints de lésions vertébrales du mal de Pott.

Pour lui, il faudrait rattacher à la tuberculose ces masses caséuses, et ce tissu bourgeonnant qui caractérisent la pachyméningite rachidienne du mal de Pott.

M. CHARCOT a rencontré les mêmes lésions dans sept ou huit cas de tumeurs blanches qu'il a pu étudier; il est donc probable qu'il y a la plus grande analogie entre l'arthrite fongueuse et l'arthrite tuberculeuse.

M. MALASSEZ fait remarquer que la distinction qu'on fait depuis si longtemps entre ces deux variétés d'arthrites qui, vraisemblablement, n'en font qu'une, tient à ce que les granulations tuberculeuses, non visibles à l'œil nu, sont confondues avec le tissu de granulations qui caractérise l'arthrite fongueuse.

### **33. Des exostoses crâniennes dues à la syphilis héréditaire; Par M. CORNIL.**

M. CORNIL présente, en son nom et au nom de M. Théophile Anger, le crâne d'un enfant syphilitique, mort à l'âge de deux ans, dans le service de M. Th. Anger, à Lourcine.

Voici d'abord le résumé de l'observation de la mère de l'enfant.

OBSERVATION. — C... âgée de 22 ans, cannière, entre le 1<sup>er</sup> septembre 1876, avec son enfant, au n° 7 de la salle Sainte-Marie (Service de M. Théophile Anger, à Lourcine). Cette malade, qui était syphilitique et de plus atteinte d'une métrite granuleuse du col, est restée dans le service, en raison surtout de l'état de santé de son enfant, pendant près de deux ans, jusqu'au 20 juillet 1878. Elle a été atteinte de plusieurs poussées de syphilides papulo-squameuses dont elle était absolument guérie le jour de sa sortie.

Son enfant, C... Georges-Jules, couché au n° 7 bis de la même salle, a été presque constamment pendant les vingt mois de son séjour, sous le coup d'accidents variés : syphilides ulcéreuses de la région anale. Bronchites répétées. Plaques muqueuses ulcérées des lèvres, de la gorge, de la muqueuse buccale ou nasale.

Au mois d'avril, l'enfant fut pris de scarlatine et faillit succomber. Vers la fin de mai, il fut atteint du croup et subit la trachéotomie. Mais il se remit difficilement de cette dernière maladie. Il commença à maigrir, à tousser de plus en plus, fut pris de vomissements, puis de diarrhée et finit par succomber le 11 juillet 1878, à l'âge de deux ans.

Les exostoses crâniennes datent de dix mois au moins.

AUTOPSIE de l'enfant, faite le lendemain de la mort. Le *cœur* est normal. Les deux *poumons* présentent les signes d'une broncho-pneumonie chronique. La plèvre pariétale est congestionnée, la cavité ne contient qu'une quantité de liquide séreux insignifiante. La plèvre viscérale est épaissie et opaque. La surface du poumon présente des plaques alternativement grises ou rosées et crépitantes et des plaques d'un rouge violacé ou plus pâle, mais non perméables à l'air. Les premières répondent à des portions du parenchyme qui sont normales ou un peu congestionnées, mais qui crépitent sous le doigt. Les secondes répondent à des lobules hépatisés. Ces lobules, en effet, plongent au fond de l'eau, ils présentent une certaine consistance; leur section montre une surface plane, uniforme, non granuleuse, plus ou moins fortement colorée, parfois même grise, donnant au raclage un peu de liquide teinté de sang lorsque la surface était rosée ou rouge, et une très-petite quantité de liquide grisâtre, lorsqu'il s'agissait de lobules décolorés. Ces lobules de pneumonie existent surtout aux lobes inférieurs et moyens des deux poumons. Il n'y a pas de granulations qu'on puisse rapporter à la tuberculose ni dans le poumon, ni à la surface des plèvres.

Le *larynx* ne présente pas d'ulcérations ni de lésions syphilitiques. La plaie de la trachée est guérie.

Les *ganglions lymphatiques* péribronchiques sont gros et durs. Le *foie* est de la couleur jaune de la pierre à fusil, dont il a la transparence. Il est assez dur et résistant. La *rate* est grosse et un peu indurée.

Les autres organes, les reins, l'intestin, les capsules surrénales et les testicules ne présentent rien de particulier à noter.

Mais les lésions syphilitiques les plus remarquables de cette autopsie sont les exostoses considérables que présentent les pariétaux et l'occipital.

A travers la peau du crâne, il est facile de sentir le relief des bosses dures, aplaties et très-larges qui forment les exostoses des pariétaux et de l'occipital. En décollant le péri-crâne on voit que le périoste adhère entièrement à la néoformation, de telle sorte qu'en l'arrachant il reste, du côté de l'os, de petits filaments de tissu fibreux qui pénètrent dans

les cavités médullaires de l'os nouveau et, du côté du périoste on enlève parfois de petits fragments osseux.

Les exostoses, au nombre de deux principales sur les pariétaux et de deux autres sur l'occipital, sont régulièrement circulaires. Les mamelons aplatis qui les constituent se continuent insensiblement par leur périphérie avec l'os normal. Elles ont la forme de la calotte d'une sphère de grand diamètre, et leur épaisseur est par conséquent d'autant plus grande qu'on se rapproche de leur partie centrale.

Il est facile de constater à l'œil nu, par leur couleur et leur résistance spéciales, que ce sont des exostoses. Mais les lames superficielles et les travées qui forment ces tumeurs sont constituées par un tissu osseux moins résistant, moins cassant que le tissu osseux de l'adulte. L'épaisseur de ces exostoses est assez considérable dans leur partie centrale la plus saillante : elle atteint là 3 ou 4 millimètres ou même davantage. Elles diminuent progressivement d'épaisseur jusqu'à leur bord qui se continue presque insensiblement avec la surface osseuse normale. Le périoste est généralement épaissi au niveau de ces exostoses, et il leur adhère de telle sorte que des fibres du périoste restent attachées à la surface osseuse quand on le détache. A la surface de l'exostose on voit les trous vasculaires par où pénètrent, avec le tissu fibreux du périoste, les vaisseaux des canaux osseux.

M. Parrot a donné, de ces exostoses de la syphilis congénitale, une excellente description à l'œil nu. Les exostoses qui proviennent de l'autopsie de M. Th. Anger et celles que j'ai observées dans un autre cas de syphilis chez un enfant de trois mois m'ont permis d'en faire des préparations et l'examen histologique.

Si l'on examine à l'œil nu une coupe perpendiculaire à la surface de ces exostoses, on peut déjà se rendre compte de la disposition des lamelles osseuses de nouvelle formation relativement à l'os ancien. Ainsi dans le cas d'exostose la plus simple, observée chez un enfant de trois mois et examinée à un grossissement de 12 diamètres, on voit les deux lames osseuses du diploë; la table interne et la table externe sont séparées par un espace médullaire. Au bord de l'exostose, une nouvelle lame osseuse mince se sépare de la table externe suivant un angle très-aigu. Entre la table externe et la lamelle de nouvelle formation, le tissu conjonctif sous-périostique et des vaisseaux pénètrent obliquement. A mesure qu'on s'éloigne du bord de l'exostose les lames osseuses nouvelles s'écartent de la table externe et le relief de la tumeur s'accroît. Entre les lames osseuses nouvelles il existe des espaces médullaires, remplis de moelle fibreuse et très-

vascularisée; les lamelles osseuses de nouvelle formation, dirigées soit obliquement, soit parallèlement, soit horizontalement, par rapport à la surface osseuse, sans ordre régulier, s'interposent entre la lame externe du diploé et le périoste qu'elles soulèvent.

Le tissu qui remplit les espaces médullaires est du tissu conjonctif fibrillaire contenant une grande quantité de cellules rondes et des cellules allongées. Les vaisseaux passent au milieu de ce tissu. Dans ce cas, les lames osseuses anciennes sont normales et la moelle contenue dans les anciens espaces médullaires est simplement de la moelle embryonnaire, mais non fibreuse. C'est un cas typique d'exostose crânienne récente et très-simple.

Si l'on examine une section de cette même exostose dans sa partie la plus saillante, la table externe n'est plus visible et la table interne de l'os ancien est seule bien conservée. Celle-ci envoie des prolongements ou lamelles osseuses de formation nouvelle plus ou moins régulièrement disposées, qui sont situées entre la lamelle interne ancienne et la lamelle superficielle de l'exostose.

Dans cette partie centrale de l'exostose qui est évidemment la plus ancienne, le système des lamelles osseuses de nouvelle formation s'est uni avec les lamelles anciennes de façon à constituer un os plat à système de lamelles compliquées. Cette exostose présente la structure d'un os plat, épais, limité à chacune de ses surfaces par une lamelle osseuse.

Les préparations d'exostoses plus anciennes provenant du crâne de l'enfant syphilitique âgé de deux ans, du service de M. Th. Anger, sont plus complexes. Sur les sections perpendiculaires à la surface de l'os, on peut voir, dans les parties rapprochées de la périphérie de l'exostose, des lamelles minces parallèles à la surface et superposées; dans les parties centrales les plus épaisses, on a une série de lamelles disposées le plus souvent sans ordre bien net, sauf sous le périoste épicroânien où il y a toujours de petites lamelles minces et parallèles à la surface de l'os.

Dans ces parties les plus épaisses, ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont de grands canaux médullaires, pleins de moelle rouge, dirigés perpendiculairement à la surface de l'os et qui, du périoste, se rendent dans l'os en se divisant de chaque côté en branches horizontales.

Les dessins au microscope, à de très-faibles grossissements, rendent bien compte de cette disposition réciproque des lamelles osseuses et des canaux médullaires.

De même que dans le fait précédent, il est généralement facile de reconnaître les deux tables de l'os ancien qui sont



situées à la partie inférieure de la section ; toute l'exostose est périphérique et située sous le périoste épïcra'nien.

En examinant la périphérie de l'exostose on voit la structure de l'os normal avec ses deux tables : la table externe montre des lamelles dont la direction est régulière et parallèle à la surface de l'os ; la lame interne montre au contraire une stratification de couches différentes dont l'aspect est presque fibreux, même à un faible grossissement et qui sont parcourues par de nombreux vaisseaux capillaires.

Les couches osseuses nouvelles naissent sous le périoste. Une première lame vient se superposer à la table externe : elle est mince et percée de trous vasculaires. Au-dessous d'elle la partie la plus superficielle de la lame externe se vascularise également. A mesure qu'on se rapproche de la partie épaisse de l'exostose on voit une nouvelle lame osseuse qui se dépose sur les deux autres, puis une troisième et ainsi de suite.

Les vaisseaux, qui du périoste, pénètrent, avec le tissu fibreux, entre ces lames horizontales qu'ils séparent, ont une direction parallèle à la surface. Ces canaux sont étroits et ils sont reliés par des anastomoses verticales. Il en résulte qu'aux bords de l'exostose, les lamelles osseuses de nouvelle formation ont l'apparence d'une lame unique, épaisse, feuilletée horizontalement avec des canaux osseux horizontaux et verticaux.

On peut remarquer que les canaux médullaires préexistants qui séparent les deux tables du diploé sont très-volumineux et que leurs bords sont irréguliers. De ces grands canaux partent de tous les côtés des canaux osseux très-nombreux, surtout dans la lame interne qui est parcourue par des vaisseaux capillaires. Nous reviendrons bientôt sur l'état de la moelle osseuse dans ces grands et petits canaux.

Lorsque, au lieu d'étudier la périphérie des exostoses, on examine au microscope leur partie centrale la plus saillante, on trouve une disposition plus complexe. Le périoste épïcra'nien est épaissi, fibreux et dense. Les deux lames préexistantes du diploé, la lame externe et la lame interne sont encore reconnaissables ; cette dernière a conservé ses rapports avec la dure-mère. Mais la lame externe est représentée par une série de lamelles horizontales et verticales séparées par de grands espaces médullaires, lamelles qui se continuent avec les lamelles nouvelles nées du périoste qui occupent les deux tiers supérieurs de la section. Au-dessous du périoste, il existe des lamelles osseuses très-minces et généralement horizontales, séparées par des canaux vasculaires minces et percées de canaux vasculaires verticaux. On voit de plus de grands canaux vasculaires contenant de la moelle jeune qui

se dirigent perpendiculairement du périoste où ils prennent leurs vaisseaux jusqu'à la table externe du diploé en envoyant latéralement des divisions horizontales dans les canaux médullaires voisins. Ces grands canaux sont habituellement limités par des travées osseuses qui ont la même direction qu'eux, c'est-à-dire qui sont verticales. Dans ces exostoses crâniennes, comme on le voit, les lamelles osseuses sont dirigées dans tous les sens suivant la direction des vaisseaux sanguins.

Entrons maintenant dans quelques détails relatifs à leur structure intime. Elles diffèrent des exostoses de l'adulte en ce sens qu'elles montrent très-souvent, sinon toujours, un état fibreux du contenu des espaces médullaires comparable à ce qui a lieu dans les ostéophytes syphilitiques des os longs.

Le tissu osseux des exostoses est parcouru par des fibres de Scharpey ou fibres de tissu conjonctif, qui se continuent d'une lamelle osseuse à une lamelle voisine, en traversent les espaces médullaires. Ces faisceaux de fibres en traversent la cavité médullaire, envoient des prolongements fibrillaires et elles s'anastomosent avec des fibrilles qui remplissent la cavité médullaire. Ces fibrilles s'insèrent sur la lamelle osseuse et se continuent, dans l'intérieur de l'os, dans de petites fentes situées aux bords des lamelles. Le canal médullaire ne contient, dans certaines préparations, que de très-rares cellules libres. Les faisceaux de fibres contenus dans le canal médullaire présentent seulement entre eux quelques cellules allongées et atrophiques. Les corpuscules osseux sont assez réguliers dans leur forme.

D'après Waldeyer et Köbner les corpuscules osseux pourraient naître des cellules plates ou ovoïdes de ce tissu conjonctif qui rempliraient alors le même rôle que les ostéoblastes jouent dans l'ossification normale.

Les exostoses syphilitiques du crâne des enfants nouveaux-nés sont très-riches en fibres de Scharpey et en tissu fibreux. Les lamelles osseuses nouvelles en sont parcourues dans tous les sens et le plus souvent, sans ordre régulier. Cela tient à ce que l'ossification des exostoses se fait toujours aux dépens du périoste, aussi bien dans les os longs des membres que dans les os plats du crâne, et que de plus, l'inflammation plus ou moins intense, interrompue et reprise, qui précède l'ossification, n'est pas de nature à s'accompagner d'une ostéogénèse régulière.

Cette irrégularité de la direction des lamelles osseuses et des fibres de Scharpey est très-manifeste dans les exostoses du crâne du malade de M. Th. Anger. Certaines lames osseu-

ses présentent des trousseaux de fibres de Scharpey qui sont, les unes parallèles entre elles, les autres entrecroisées ; elles se réunissent, s'écartent, forment des tourbillons, etc. Leur direction détermine la disposition des corpuscules osseux.

De plus, et c'est là un fait important, la moelle osseuse contenue dans certaines grandes lacunes médullaires, était embryonnaire, composée de médullocelles. En même temps que cet état inflammatoire de la moelle, on remarquait, le long des canaux, des échancrures, des encoches remplies de cellules, et, au niveau desquelles, les lamelles osseuses étaient coupées, ce qui indiquait une inflammation partielle de l'exostose, une ostéite raréfiante, par places, dans le tissu même de l'exostose.

On est loin de connaître encore toute l'histoire du développement de ces exostoses. Nous pouvons cependant la supposer avec une certaine vraisemblance en nous fondant sur ce que nous savons touchant l'ossification physiologique. Nous pouvons penser que ces exostoses se développent aux dépens du périoste des os longs et des os plats comme l'os normal, mais nous n'avons pas suivi complètement ce développement. Pour ce qui est de la fin, du mode de terminaison et de guérison des exostoses chez ces enfants lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte, nous sommes encore bien moins avancés. Il est probable qu'après un certain nombre de poussées inflammatoires caractérisées par l'état embryonnaire de la moelle contenue dans les canaux osseux et par une résorption partielle des lamelles, le processus se termine par une ossification définitive et un état normal de la moelle, mais je ne connais pas d'observations probantes sur ce point.

34. M. Cossy présente un *anévrisme de la crosse de l'aorte* avec rupture de la membrane interne de l'artère.

L'observation n'a pas été remise.

35. M. VERMEIL présente un fœtus à terme qui a été cause de *dystocie*, à cause d'une poche abdominale volumineuse formée par la cavité vésicale distendue.

De plus, on trouve chez ce fœtus une malformation des membres inférieurs, sans anomalie de la moelle ni du cerveau.

L'observation n'a pas été remise.

*Le secrétaire,*

E. BARIÉ.

## DÉCEMBRE

*Séance du 13 décembre 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

### **I. Myxôme du testicule diagnostiqué;— hématoecèle vaginale;**

Par F. BRUN, interne des hôpitaux.

C..., Jean-Baptiste, âgé de 17 ans, libraire, entre le 2 décembre 1878 dans le service de M. le professeur TRÉLAT, salle Saint-Jean, lit n° 12. Ce jeune homme, assez bien constitué, a eu dans son enfance un certain nombre de manifestations scrofuleuses, et particulièrement des adénites cervicales qui ont laissé des cicatrices parfaitement évidentes. Rien, dans ses antécédents héréditaires, ne mérite d'être mentionné, et c'est au milieu d'une santé générale parfaite qu'il a vu se développer l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital.

Dans la première semaine du mois d'octobre, C... remarqua que lentement, mais d'une façon progressive, le côté gauche de son scrotum augmentait de volume. Cette tuméfaction, qui ne s'accompagnait d'aucune espèce de douleur et qui ne se trouvait en relation de cause à effet ni avec un traumatisme ni avec une blennorrhagie, acquit en six semaines le volume d'une orange environ. La région malade conservait, du reste, toute sa souplesse, et la peau ne présentait aucune altération appréciable.

Les choses étaient dans un état stationnaire depuis quelques jours, lorsque dans la dernière semaine de novembre, un phénomène nouveau apparut. La tuméfaction, toujours limitée au côté gauche du scrotum, doubla de volume, et cet accroissement se fit subitement, dans l'espace de vingt-quatre heures, sans développer, du reste, le moindre retentissement

douloureux. Effrayé par cette marche rapide, gêné surtout par le poids et le volume de sa tumeur, le malade consulta un médecin, qui diagnostiqua une hydrocèle et conseilla l'entrée à l'hôpital. Au premier examen, qui fut fait le 3 décembre, voici dans quel état se trouvaient les choses :

Le côté gauche du scrotum était très-augmenté de volume et pouvait être évalué à celui des deux poings. La peau recouvrant cette région était sillonnée par un grand nombre de vaisseaux; elle avait, du reste, tous ses autres caractères normaux et ne présentait en aucun point d'adhérences avec les parties sous-jacentes. La palpation permettait de constater une régularité absolument parfaite de la tumeur; un seul point, régulier aussi, faisait une légère saillie à la partie postéro-inférieure, au niveau de la place normalement occupée par le testicule. En tous les points la fluctuation était perceptible avec la plus grande netteté. L'éclairage, pratiqué avec grand soin, révélait une obscurité absolue. Il n'existait absolument aucune espèce de douleur, soit spontanée, soit provoquée; seul le poids de la masse était gênant. Ce poids, apprécié à la main, parut considérable à quelques assistants, sensation qui pouvait tenir à ce fait que la tumeur, de forme ovoïde, à petite extrémité dirigée en haut, remontait jusqu'au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Se trouvant en présence d'une tumeur des bourses, nettement fluctuante, parfaitement lisse, non transparente et ayant, à un moment donné, doublé subitement de volume, M. Trélat porta le diagnostic d'hématocèle vaginale développée dans le cours d'une vaginite chronique. Trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur fut de bas en haut traversée par un drain, mais, pendant les vingt-quatre heures qui suivirent cette intervention, aucune espèce de liquide ne s'écoula par les orifices du tube. Une ponction, pratiquée le lendemain en un autre point, resta également sans résultat. La pointe du trocard revint pourtant chargée de quelques gouttelettes d'un liquide visqueux. En attendant qu'on procédât à une exploration nouvelle, des cataplasmes furent en permanence maintenus sur la tumeur.

Le 8 décembre, deux jours après la ponction, le malade fut pris, pendant la nuit, d'un frisson très-intense et perdit par le nez une certaine quantité de sang. Le lendemain, il se plaignit d'une céphalalgie très-marquée, et l'apparition de ces nouveaux symptômes coïncidait avec des changements importants du côté de l'état local. Tout le scrotum était considérablement augmenté de volume, la peau présentant une rougeur uniforme sans limite bien accentuée, était le siège d'une infiltration œdémateuse très-marquée. Toute la région, jusque-là

indolente, était le siège de douleurs lancinantes très-vives. n'existait dans les aines aucune trace d'adénopathie.

Le 10, la tuméfaction de la région scrotale n'a subi aucune modification. La rougeur et l'œdème ont, depuis la veille, envahi le fourreau de la verge et le prépuce. L'état général du malade s'est très-nettement modifié. Il s'est produit, depuis deux jours, un amaigrissement sensible; la face est jaune, les traits tirés, l'appétit nul. Nouvelle épistaxis. La température oscille entre 39°5 et 40°.

Une incision profonde, pratiquée sur la ligne médiane, dans le but de remédier à l'étranglement des parties, met à nu une masse gélatiniforme dans laquelle le doigt pénètre avec la plus grande facilité. La castration est décidée pour le lendemain.

14 décembre. — *Opération.* — Deux incisions circonscrivent un lambeau de peau qui reste adhérent à la partie antérieure de la tumeur. Elles permettent d'apprécier l'épaisseur du scrotum, qui peut être évaluée à trois travers de doigt.

La décortication de la tumeur est assez facilement pratiquée et M. Trélat cherche à isoler les vaisseaux du cordon pour en faire la ligature séparée. Il constate alors que la tumeur dépasse l'orifice externe du canal inguinal et est contraint de pratiquer une ligature en masse; il racle avec le doigt, et le plus haut possible, tout le tissu morbide qui a dissocié les éléments du cordon. La ligature en masse est faite avec un fil ordinaire et un simple coup de ciseau termine l'opération. On applique sur la plaie un pansement de Lister, qui n'est enlevé que quatre jours plus tard. On constate, à ce moment, que la tuméfaction a absolument disparu, qu'il n'existe sur le trajet du cordon aucune rougeur ni aucune douleur à la pression et que le fond de la plaie est déjà en partie détergé. A dater de ce jour, l'amélioration locale s'est faite graduellement et assez vite pour que le 31 décembre la cicatrisation fût à peu près complète. Il n'existait alors, sur les parties cicatrisées ou sur celles en voie de cicatrisation, aucun point saillant qui pût faire penser à une récurrence. Quant à l'état général, il fut également modifié, et deux jours après l'intervention, le malade avait repris son appétit et sa bonne mine. Aussitôt la castration terminée, la tumeur fut fendue complètement d'avant en arrière, suivant son grand axe, et on put alors constater qu'en aucun point il n'existait trace de testicule, que toute la masse était composée d'un tissu ayant absolument l'apparence de la gelée de groseilles blanche. Ce tissu était tremblottant, et la sensation que l'on percevait en le palpant rendait bien compte de la fluctuation évidente qui avait été perçue.

L'examen histologique, pratiqué par M. le docteur Rémy, chef du laboratoire de la Charité, a donné les résultats suivants : Des coupes ont été pratiquées allant de l'albuginée vers l'intérieur du testicule malade. L'albuginée est encore reconnaissable au parallélisme de quelques faisceaux fibreux, mais elle est déjà infiltrée par un grand nombre de cellules rondes de tissu conjonctif. Au-dessous de l'albuginée se voit un tissu qui n'a pas d'analogue dans l'économie. Il est formé par des cellules rondes, des corps fusiformes, de la substance amorphe. Les cellules rondes et les corps fusiformes sont des éléments du tissu conjonctif semés sans ordre dans la substance amorphe. Cette substance est très-abondante ; par l'action de l'alcool, elle devient fibrillaire, comme la fibrine. Elle écarte les éléments figurés les uns des autres, de sorte qu'il y a entre eux une distance trois fois plus considérable que le diamètre de ces éléments.

En certains points se trouvent des corps arrondis pouvant atteindre  $\frac{2}{100}$  de millim., qui semblent être des cellules épithéliales et qui proviennent sans doute de débris des tubes séminifères dont on ne trouve de trace nulle part.

Des vaisseaux nombreux parcourent le tissu de la tumeur. Ces vaisseaux n'ont d'autre paroi que l'épithélium plat supporté par la substance amorphe ; aussi, en raison de leur mollesse, sont-ils rompus en beaucoup d'endroits, et il existe des hémorrhagies disséminées dans la masse de la tumeur. Il résulte de cet examen qu'il s'agit, dans ce cas, d'un myxome, d'une tumeur embryoplastique de Charles Robin.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît offrir un très-grand intérêt. Elle est, en effet, un exemple de la difficulté que peut présenter, dans certains cas, le diagnostic des tumeurs du testicule. En présence de son mode de développement, de sa fluctuation, de sa régularité, la tumeur que nous avons présentée ne pouvait être prise, croyons-nous, que pour une hématocele.

Une ponction exploratrice seule pouvait faire éviter l'erreur qui a été commise, mais le cas paraissait d'une telle évidence que l'idée de pratiquer cette ponction n'est venue à l'esprit de personne. Un autre point, croyons-nous, doit encore être relevé ; il a trait à la marche de la maladie après l'opération. Etant donnée la nature de la tumeur enlevée, étant donnée surtout la marche qu'elle avait suivie pendant les quelques jours où le malade avait été soumis à notre observation, il était permis de craindre, sinon une récurrence locale, du moins une apparition de productions semblables dans d'autres viscères. La guérison de la plaie s'est, au contraire, effectuée très-rapidement ; l'état général s'est amélioré, et, deux mois

après l'intervention, le malade paraissait dans un état de santé absolument parfait.

2. M. TERRILLON présente une pièce d'*hydrocèle double de la vaginale*. Il existe deux poches communiquant par un orifice étroit, sorte de diaphragme mesurant à peine un centimètre et demi de diamètre; son siège exact correspond à la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur de la vaginale. M. Terrillon croit qu'il s'agit bien, dans ce cas, d'une hydrocèle de Béraud. Il existait, selon toute probabilité, vers un des points du cul-de-sac supérieur de la vaginale, un petit diverticule qui, sous l'influence de l'hydrocèle, s'est dilaté.

M. MONOD estime qu'il s'agit, non pas d'une hydrocèle en bissac de Dupuytren, mais bien d'une *hydrocèle bilobée*.

M. HOUEL fait remarquer que l'hydrocèle en bissac de Dupuytren est, en effet, constituée par un double kyste herniaire.

**3. Anévrysme de l'aorte. — Ulcération des vertèbres. — Gibbosité;** par J. COMBY, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., Jean-Baptiste, 49 ans, tôlier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Barnabé, n° 18, service de M. BENJAMIN ANGER) le 5 août 1878. — Cet homme est malade depuis 3 ans; mais, depuis deux ans surtout, il est tourmenté par des douleurs qui siègent dans le flanc gauche et la cuisse du même côté. A la suite de ces douleurs, qui n'ont fait que s'accroître de jour en jour, une gibbosité s'est montrée à la partie inférieure de la région dorsale. Alors la marche est devenue impossible sans béquilles, quoique le malade n'ait eu, à aucun moment, de paraplégie.

Après avoir consulté plusieurs chirurgiens, qui diagnostiquèrent un mal de Pott et firent, à diverses reprises, des cautérisations au fer de chaque côté de la gibbosité, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Il accuse des douleurs vives qui reviennent par accès; ces douleurs siègent surtout dans le flanc gauche, elles sont profondes, constrictives et présentent des irradiations lancinantes dans la cuisse du même côté, sans jamais dépasser le genou. Nous constatons à la fin de la région dorsale de la colonne vertébrale une gibbosité petite, anguleuse, véritable cyphose anguleuse, tout à fait semblable à celles qu'on trouve dans la plupart des maux de Pott. Il n'y a pas d'empâtements autour de cette gibbosité, et la pression n'y est pas doulou-



reuse. La palpation du flanc gauche fait sentir profondément une rénitence qui n'existe pas du côté droit, en même temps qu'elle provoque des douleurs vives. C'est en vain que nous cherchons à constater la fluctuation; elle n'existe pas, et pourtant nous supposons l'existence d'un abcès par congestion, abcès latent qui ne se serait pas encore révélé par des signes précis.

Il n'y a pas trace de paraplégie, la sensibilité et le mouvement sont conservés intacts; pas de troubles du côté de la vessie ni du côté de l'intestin. L'état général est assez bon, et l'appétit est conservé. Nous portons le diagnostic de mal de Pott, comme les chirurgiens qui avaient vu le malade avant nous, malgré l'absence de paraplégie et d'abcès par congestion.

Le traitement consista en cautérisations actuelles, bains sulfureux et opium. Après quatre mois de séjour, une aggravation subite survint dans l'état du malade. Les douleurs devinrent intolérables et rebelles aux préparations opiacées, l'appétit disparut et une altération profonde apparut dans les traits du malade. Le 8 décembre, à 9 heures du soir, nous fûmes appelé en qualité d'interne de garde; nous trouvâmes le malade en proie à des souffrances horribles, très-pâle, grinçant des dents; nous lui fîmes une injection de morphine qui parvint à le calmer un peu. En même temps, nous constatâmes l'apparition d'un phénomène nouveau. L'abdomen paraissait bombé du côté gauche, des battements très-nets existaient à ce niveau; la main, appliquée sur cette large surface était soulevée énergiquement; c'est alors seulement, que nous pensâmes à un anévrysme de l'aorte ouvert dans la cavité abdominale. Le lendemain matin, nous pouvions encore constater ces battements; la pâleur était cadavérique; les douleurs étaient épouvantables. La mort survint le 9 décembre 1878, à 10 heures du matin, c'est-à-dire 13 heures après la constatation de ces battements énergiques qui soulevaient tout le flanc gauche.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, nous constatons l'intégrité de la cavité péritonéale; mais par transparence nous apercevons sous la séreuse une masse sanguine qui va du diaphragme à l'arcade de Fallope, et de la colonne vertébrale au flanc gauche rempli par une masse de caillots noirâtres. Ces caillots, qui ont décollé le péritoine, ont repoussé en avant le mésentère et les anses intestinales, dédoublé les deux feuillets du mésocolon descendant, séparé le diaphragme et la paroi abdominale antérieure du péritoine qui les tapisse normalement. Après avoir enlevé ces caillots et nettoyé la cavité rétro-péritonéale, nous rencontrons l'aorte abdominale appliquée sur une poche anévrysmale énorme et bosselée.

Les piliers du diaphragme ont été refoulés en avant. L'aorte a conservé son calibre normal, et les artères cœliaques qui naissent en avant sont saines; au-dessus d'elles est un petit anévrysme sacciforme gros comme une noisette. En arrière, est un sac volumineux qui naît de la partie postérieure de l'aorte par un orifice très-étroit. Ce sac est bilobé; un de ses lobes gros comme un œuf de dinde, repose sur le côté droit de la colonne vertébrale et fait saillie dans la cavité thoracique; le deuxième lobe, beaucoup plus volumineux et plus allongé, proémine à gauche et répond aux dernières vertèbres dorsales dont les corps ont disparu, de telle sorte que le sac à ce niveau est en contact avec la moelle séparée des caillots par la dure-mère épaissie. Les caillots qui remplissent le sac sont, les uns récents, les autres anciens; nous n'avons pu trouver le point précis de la rupture. Au-dessous de l'anévrysme, l'aorte et les artères iliaques sont absolument saines. Au-dessus, l'aorte est très-dilatée, sa surface interne est recouverte de lames cornées, calcifiées, qui s'enlèvent assez facilement; entre ces lames existent des fissures et des points où la paroi de l'artère est très-amincie et très-fragile. Les valvules aortiques sont aussi calcifiées, mais suffisantes, quoique l'orifice aortique soit très-dilaté (10 centimètres de circonférence). Le cœur est absolument vide de sang; le ventricule gauche, revenu sur lui-même, a des parois dont l'épaisseur atteint 2 cent.  $\frac{1}{2}$ .

RÉFLEXIONS.—Cette observation est intéressante à plusieurs titres: En premier lieu, elle est un exemple des erreurs qu'on peut commettre dans les cas en apparence les plus simples. Tous les chirurgiens qui ont vu le malade, n'ont pas hésité un seul instant à admettre un mal de Pott, et aucun n'a songé à pratiquer l'auscultation, tant l'idée d'un anévrysme de l'aorte paraissait inadmissible.

En second lieu, bien que l'anévrysme de l'aorte ait usé presque complètement deux ou trois corps vertébraux et pénétré dans le canal rachidien largement ouvert, la *moelle* abritée derrière la dure-mère épaissie n'a point parlé et nous n'avons pas trouvé de paraplégie. Les douleurs que le malade accusait doivent être mises sur le compte de la compression des nerfs en rapport avec la poche anévrysmale.

Enfin, bien que le malade soit mort d'hémorrhagie par rupture de son anévrysme, il n'est pas mort subitement; l'épanchement s'est fait peu à peu, probablement à travers une fissure étroite, en rapport avec des tissus épaissis, indurés, résistants; et, depuis le moment où nous avons constaté ces battements qui étaient l'indice de l'épanchement sanguin jusqu'à la mort, il s'est écoulé 13 heures.

**4. Affection aortique. — Aphasie. — Monoplégie (bras droit);**  
par H. STACHLER, interne des hôpitaux.

R... Léonie, 50 ans, journalière, entre le 2 novembre 1878 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 17.

Elle offre des signes certains d'alcoolisme (tremblement, pî-tuites, etc.), elle fait du reste à ce sujet des aveux. Il y a un an et demi, elle tomba dans la rue, perdit connaissance; à la suite de cette attaque, ses membres supérieur et inférieur du côté droit s'affaiblirent; et sa parole demeura embarrassée.

Elle entre actuellement dans notre service, pour des douleurs du ventre, des reins et pour des pertes abondantes. A l'examen de l'utérus, nous constatons un cancer du col.

L'état de la malade est le suivant: Poumons sains, cœur légèrement hypertrophié; à la pointe souffle systolique, peu intense; à la base, sur le trajet de l'aorte, souffle systolique, rude, se prolongeant dans les vaisseaux du cou, souffle diastolique, moins net: point de signes de tumeur, ni matité, ni expansion, ni battements: le souffle systolique de la base, s'entend dans les trois premiers espaces intercostaux du côté gauche, et dans les quatre premiers espaces intercostaux du côté droit. Artère radiale du côté droit, sentie nettement, athéromateuse — à gauche, c'est à peine si de temps en temps une très-faible pulsation frappe le doigt.

Le foie paraît normal. — Constipation habituelle; les envies d'uriner sont fréquentes; les urines ne contiennent pas d'albumine.

*Etat des membres.* — Dans les deux membres du côté gauche, la motilité et la sensibilité sont intactes.

Le membre inférieur droit est capable de quelques mouvements; mais il ne peut vaincre la moindre résistance. Il offre une hypéresthésie très-notable, au toucher, au pincer, à la température.

Membre supérieur droit: hypéresthésie; les doigts sont fléchis sur la main, la main sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras; il est incapable de tout mouvement. Quand, de force, on étend les différents segments de ce membre, on fait souffrir la malade; et dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils reprennent leur position de flexion habituelle. Point d'amaigrissement du côté malade.

La malade a perdu la mémoire de beaucoup de mots; ainsi, il lui a fallu deux jours pour retrouver le nom de son enfant; sa parole est lente, saccadée, difficilement comprise; elle dit un mot pour un autre.

**Diagnostic :** 1° Aortite chronique, insuffisance et rétrécissement, lésions empiétant sur l'origine de la sous-clavière gauche; 2° Consécutivement à cette maladie, embolie ayant gagné l'hémisphère du côté gauche, et produisant les phénomènes paralytiques indiqués.

Le 11 décembre, la malade meurt d'accidents urémiques.

**Autopsie.**—Épithélioma de l'utérus. **Poumons :** congestionnés à la base; emphysémateux.

**Cœur et aorte.** — Cœur 350 gr., paroi épaissie, point de lésions valvulaires. Aorte dilatée au niveau de la crosse; plaques nombreuses, les unes dures; les autres ramollies, on n'en retrouve pas dans l'aorte descendante, ni dans les principaux troncs artériels.

**Reins.** — Le rein gauche est un peu congestionné, rein droit, la capsule s'enlève très-difficilement, en plusieurs points; la substance corticale est diminuée de volume, sa surface est unie.

**Cerveau.**— Les méninges sont congestionnées, surtout celles de l'hémisphère gauche; en arrière et en bas, congestion plus considérable. Point d'épanchement: les méninges s'enlèvent assez facilement, sauf sur l'hémisphère gauche, au niveau des lésions indiquées plus loin.

L'hémisphère gauche, en avant, paraît affaissé. Il est en effet, diminué dans son diamètre vertical de toute la hauteur de la troisième circonvolution frontale, qui dans ses trois quarts postérieurs a disparu, c'est à peine si l'on en retrouve, dans ces points, quelques débris. A sa place, on voit une substance molle, jaunâtre, qui empiète, mais à peine (1 millimètre et demi à 2 millimètres) sur la deuxième circonvolution frontale, au niveau de son extrémité postérieure. La frontale ascendante est saine.

**Coupe pédiculo-frontale.** — Sur cette coupe, la troisième circonvolution frontale, le lobule de l'insula, une parcelle de la deuxième frontale (2 millimètres au plus) dans ses points de contact avec la troisième frontale, le faisceau pédiculo-frontal inférieur du centre ovale, le faisceau pédiculo-frontal moyen (sauf dans son quart supérieur et interne, une partie du noyau lenticulaire, sont occupés par une substance molle, de couleur jaunâtre, la circonvolution frontale moyenne est saine, sauf dans le petit point indiqué; il en est de même de la frontale supérieure et du faisceau pédiculo-frontal supérieur. Sur une coupe frontale, on retrouve les altérations précédemment indiquées, dans les mêmes rapports, quoique moins prononcées. Sur toute coupe, postérieure à la coupe frontale, le cerveau paraît sain.

**En résumé.** — Affection aortique, embolie consécutive,

aphasie, paralysie du membre supérieur droit ; diminution des forces dans le membre inférieur droit, hypéresthésie dans ces deux membres.

*Lésions.* — Elles sont situées en avant du sillon de Rolando ; en arrière de ce sillon, le cerveau est sain, l'hémisphère droit est complètement sain.

Le ramollissement occupe la troisième frontale gauche, (trois quarts postérieurs), un point de la deuxième, le lobule de l'insula, la capsule externe, le faisceau pédiculo-frontal inférieur, une partie du faisceau pédiculo-frontal moyen, et du noyau lenticulaire.

M. ABBADIE-TOURNÉ présente deux cols de fémur fracturés simultanément. La fracture du côté est extra-articulaire et constituée par quatre fragments consolidés ; dans celle du côté gauche, les deux fragments sont engrenés. (L'observation n'a pas été remise.)

M. TERRILLON fait remarquer que sur le col du fémur gauche il s'agit bien, non pas d'un *éclatement*, mais d'une *rotation en arrière* du grand trochanter, expliquant ainsi la tuméfaction apparente signalée sur le vivant par M. A. Guérin.

M. PENNÈS présente des pièces anatomiques conservées par immersion.

5. M. BALLET expose les résultats de l'examen histologique d'un *kyste congénital de la région ano-coccygienne*. Les parois du kyste présentent la structure du tégument externe. On trouve quelques rudiments de papilles n'existant que sur quelques points isolés de la paroi du kyste. Pas de bulbes pileux sur les différentes coupes, bien qu'on ait trouvé dans la poche quelques poils. Pas d'adhérences au coccyx. La tumeur pédiculée siègeait immédiatement en arrière de l'anus. (L'observation n'a pas été remise.)

M. TERRILLON rappelle qu'il a vu deux malades qui présentaient, vers la base du sacrum, une fistule cutanée.

M. FÉRÉ. La tumeur dont M. Ballet vient de parler pourrait bien avoir pour origine une de ces fistules borgnes cutanées qu'on rencontre quelquefois dans cette région, et sur lesquelles j'ai appelé déjà l'attention de la Société au mois de juin dernier. J'ai maintenant neuf observations d'infundibula d'une profon-

deur variant de 2 à 5 millimètres, situées à peu près à la limite du sacrum et du coccyx, chez de jeunes enfants; sur beaucoup d'autres, on trouve là une dépression plus ou moins apparente au niveau de laquelle la peau est adhérente au cartilage comme on peut s'en assurer soit par la dissection, soit par des coupes microscopiques comprenant à la fois la dépression ou l'infundibulum et le coccyx. Lorsque l'infundibulum est un peu profond, il est possible que son orifice puisse s'oblitérer et déterminer la formation d'un kyste. L'existence de l'infundibulum sacro-coccygien lui-même, ou de la fossette beaucoup plus fréquente, peut être rattachée à la fermeture du canal rachidien, à la formation de l'ombilic postérieur sur la position exacte duquel on n'est pas bien fixé jusqu'à présent : dans cette hypothèse cette fossette aurait des liens de parenté avec les spina bifida plus ou moins complets que l'on observe à la région inférieure de la colonne vertébrale. Je dois rappeler pourtant qu'il existe une autre explication de cette particularité anatomique. Récemment au Congrès de l'Association britannique pour l'avancement des sciences à Dublin, M. LAWSON TAIT a lu une note sur cette fossette, et il pense que c'est une cicatrice marquant la place de la queue dont l'homme a dû être doué autrefois. Je ne veux pas apprécier cette opinion, mais je rappellerai que dans un cas dont j'ai donné un dessin pour l'album de la société, il existait en même temps que l'infundibulum sacro-coccygien une déviation du sacrum et du coccyx dont la direction était absolument rectiligne et verticale de sorte que le coccyx faisait une forte saillie sous la peau; cette conformation singulière se prête assez bien à l'interprétation de M. Lawson Tait.

M. HOUEL rappelle l'existence de fistules cutanées dans d'autres régions, larynx, sternum, cuisse, où l'on a trouvé ces fistules tapissées par un *épithélium vibratile*.

**6. Fracture du grand trochanter et du col du fémur droits ; — delirium tremens ; — cirrhose du foie, sans ascite ;**  
par V. BELLOUARD, interne des hôpitaux.

R..., âgé de 68 ans, est un alcoolique, qui a fait une chute dans un escalier, le 7 décembre 1878. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur RICHET. En l'examinant (8 décembre) je constate un gonflement considérable au niveau de la racine de la cuisse droite. Le membre

tout entier est dans la rotation en dehors, reposant sur son bord externe : le malade ne peut détacher son talon du lit.— Au premier aspect, je pense à une fracture, probablement intra-capsulaire du col. En l'examinant et en le remuant, je ne parviens ni à trouver de la mobilité anormale, ni à sentir de la crépitation. Pas d'ecchymose dans l'aîne. Les mouvements communiqués sont presque aussi étendus qu'à l'état sain, sauf l'abduction, combinée ou non avec la flexion. Quand le membre inférieur est ramené dans sa position normale, le malade peut l'y maintenir facilement et l'empêcher de tomber en rotation en dehors. La mensuration de l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle inférieur du fémur, donne un léger raccourcissement pour le membre blessé ; de l'épine iliaque antérieure et supérieure au grand trochanter, il n'y a pas beaucoup de différence, en longueur, d'un côté à l'autre.

Le lendemain (9 décembre), M. Richet confirmait le diagnostic de fracture du col du fémur. Dans l'après-midi du même jour, le sujet est pris d'un délire alcoolique extrêmement violent, que ne parvient pas à calmer l'administration de deux litres de vin laudanisé (1 gr. de laudanum par litre). Pendant la journée suivante (10 décembre), les accidents généraux s'accroissent encore. Au délire s'ajoutent des vomissements, que l'on ne peut arrêter. Le malade meurt le soir.

A L'AUTOPSIE, j'ai trouvé la fracture que je présente. On voit une désinsertion du col du fémur, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Le trait de la fracture porte juste sur le point où le col s'implante sur l'extrémité supérieure du fémur ; par conséquent, la fracture est extra-capsulaire. Le grand trochanter est également brisé au niveau de l'insertion du moyen fessier. Toute cette portion postérieure de la grosse tubérosité du fémur a été emportée en arrière, par l'action des muscles pelvi-trochantériens ; elle est devenue ainsi plus profonde, au milieu des parties molles, et c'est pour cela qu'on ne pouvait la sentir au toucher, pendant l'exploration sur le vivant, je n'ai pas trouvé de différence notable dans la distance qui séparait l'épine iliaque antérieure et supérieure du sommet du fémur. En outre, on trouve encore une autre petite esquille, provenant de la partie postérieure et inférieure du grand trochanter. L'épanchement sanguin produit au voisinage de la fracture était énorme, profond et formé par du sang coagulé. Cet épanchement était sur le point d'envahir le tissu cellulaire sous-cutané, il remontait jusqu'à la limite la plus élevée de la fosse iliaque interne, où il s'était frayé un chemin par la gaine rompue du psoas iliaque.

Pas d'épanchement dans l'articulation du genou. L'articula-

tion coxo-fémorale n'offre rien de particulier, sinon la rupture de son manchon fibreux au niveau de l'extrémité extérieure du col.

Quand on examine de près le trait de la fracture, on voit qu'il est formé par des surfaces assez lisses, séparées par un bon intervalle, et où il n'y a pas de traces d'ostéo-myélite. Il n'y a donc pas eu de pénétration de l'extrémité supérieure du fémur par le col. Celui-ci présente une surface de fracture beaucoup trop considérable, et beaucoup trop régulièrement arrondie pour avoir pu produire la pénétration. Mais à cause de cette même circonstance, il y a eu écrasement du grand trochanter qui s'est trouvé partagé en plusieurs morceaux. C'est donc un de ces cas qui ont occupé M. Alph. Guérin il y a quelques années, et dans lequel on peut noter un élargissement énorme du grand trochanter, sans pénétration de celui-ci par le col. L'élargissement ici est produit par la translation en arrière du grand trochanter, sous l'influence de l'action non contrebalancée des muscles pelvi-trochantériens.

En examinant les viscères, nous avons trouvé une magnifique cirrhose du foie, que je présente également, et qui bien qu'arrivée à un degré très-avancé, n'a pas déterminé d'ascite. Elle avait passé complètement inaperçue, aussi bien pour nous que pour le sujet, qui, dans son interrogatoire, avait affirmé n'avoir pas été malade depuis fort longtemps. Il eut été intéressant de faire une injection dans les vaisseaux pour savoir par où la circulation veineuse s'était rétablie, car nous n'avons pas vu de développement notable des vaisseaux de la paroi abdominale; malheureusement le manque de temps ne nous a pas permis de faire cette recherche.

L'examen histologique du foie a été fait par M. Déjerine, qui a trouvé les lésions de la cirrhose veineuse commune, sans altération des canalicules biliaires, mais accompagnée d'une dégénérescence graisseuse très-avancée.

M. Déjerine a également bien voulu examiner les capillaires du poumon, au point de vue d'une lésion sur laquelle l'attention est fixée en ce moment, l'embolie graisseuse, que l'on retrouve dans les cas de fracture, avec plaie de la moelle osseuse. Il ne l'a pas rencontrée, ce qui était facile à prévoir, car le canal médullaire du fémur n'avait pas été ouvert, et le trait de fracture portait sur la portion la plus dense du col. D'un autre côté, l'ostéo-myélite, qui est également une cause très-fréquente d'embolie graisseuse, n'avait pas eu le temps de se développer, le malade n'ayant guère survécu que 72 heures à son accident, et la fracture n'ayant pas été compliquée de plaie. Ajoutons enfin que nous n'avons pas observé les deux caractères principaux de cette redoutable complication :



la dyspnée intense, pendant la vie, et les ecchymoses sous-pleurales, accompagnées d'œdème pulmonaire, à l'autopsie.

Bien que nous n'ayons pas trouvé de graisse dans les capillaires du poumon, j'ai tenu à parler ici de l'embolie graisseuse, pour faire sentir que cet accident ne se produit qu'autant qu'il y a lésion de la moelle osseuse (broiement ou ostéomyélite), et passage de la graisse à l'état *optique* dans le torrent circulatoire. C'est là une contre épreuve qui s'est faite d'elle-même, et qu'il était bon de signaler.

**7. Foie syphilitique rencontré sur un sujet mort d'infiltration gangréneuse, et de gangrène du scrotum et de la verge;**  
par V. BELLOUARD, interne des hôpitaux.

Val. Pierre, 54 ans, journalier, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur RICHET, le 9 décembre 1878.

Les renseignements que l'on obtient sont très-brefs. Au moment de son arrivée, le malade est déjà dans un état de délire assez avancé; il comprend très-peu, et suit difficilement les questions qu'on lui pose.

Dans le courant de la semaine, vers le 5 ou le 6 décembre, pendant la nuit, on ne sait trop au juste pourquoi, un paraphimosis s'est développé. Le lendemain, le travail est impossible, et le malade consulte un praticien qui, après quelques efforts, remet le prépuce en place, sans trop de violence, car en examinant le gland et la rainure balano-préputiale, nous ne constatons qu'une légère déchirure à la base du frein. Malgré cela, les choses ne se passent pas simplement; deux jours après la réduction du paraphimosis, peut-être un peu plus tôt, la peau de la verge et le scrotum commencent à se tuméfier; puis la fièvre survient, violente, et quand le sujet se présente à nous, son état général est déjà très-grave. On voit en outre toute la peau de la verge offrant une couleur feuille morte, avec soulèvement de l'épiderme. Un tissu rougeâtre établit déjà la limite entre les tissus sains, et les parties mortifiées à la racine de la verge. Le scrotum est distendu outre mesure. On peut constater au-dessous du derme tirailé et aminci, l'infiltration œdématense énorme des enveloppes testiculaires, qui se présentent avec une couleur pâle et livide. Les liquides qui suintent de toutes les surfaces ont une odeur gangréneuse; et l'on voit la région hypogastrique envahie par l'infiltration gangréneuse, que l'on prendrait assez volontiers pour une infiltration d'urine, si l'on pouvait constater une des causes productrices de cet accident; mais le sujet pisse bien, et l'exploration du canal n'y fait rien découvrir d'anormal. — Les jours suivants, malgré les détri-

dements que fait M. Richet pour arrêter l'envahissement des parties voisines, — l'infiltration monte toujours, et gagne la paroi abdominale. — Le delirium tremens survient, car l'alcoolisme est ici fortement en cause, et le malade succombe au milieu d'une excitation délirante très-violente, le 12 décembre 1878.

A l'autopsie, les parties envahies par la gangrène n'offrent rien qui soit digne d'être noté.

Tous les viscères sont fortement congestionnés, particulièrement les reins. — L'urine avait été examinée dès le premier jour, pour voir si on y trouverait du sucre, et dans l'espoir de rencontrer le moyen d'expliquer la gangrène par le diabète : elle ne contenait rien d'anormal.

Le foie se présente avec des altérations considérables ; la surface convexe est, en plusieurs points, fortement déprimée, particulièrement au voisinage et à droite du ligament falciforme. On dirait des étoiles cicatricielles. En certains points, au voisinage de ces dépressions, ou plus indépendantes d'elles, on aperçoit des plaques d'un blanc plus mat, moins opalin, et faisant un relief assez sensible au-dessus du tissu de l'organe, et au-dessous de la capsule de Glisson.

Sur une coupe, le foie présente l'aspect granitique de la cirrhose, et son tissu donne à l'ongle qui cherche à s'y enfoncer la sensation caractéristique. — Si l'on fait passer une coupe au niveau des plaques blanchâtres dont il a été question, on voit qu'il y en a de différents volumes depuis celui d'un petit pois, jusqu'à celui d'une amande. Elles ont une épaisseur de quelques millimètres, et ont sur la coupe à peu près le même aspect que sous la capsule fibreuse ; elles sont dures et résistantes au doigt, et sont plus difficiles à couper que le reste du foie. — Non-seulement il y en a à la surface convexe, mais encore à la face inférieure, et au milieu de la masse du foie. — Tout au voisinage de la veine cave inférieure, sur le bord postérieur de l'organe, il y a une induration totale, qui est très-prononcée ; là, toutes les parties constituant les sembleraient avoir une résistance fibreuse : et la veine cave resserrée au milieu de ce tissu rétracté nous présente un très-notable rétrécissement de son calibre dans lequel on ne peut enfoncer la pulpe du petit doigt.

Cette altération profonde du foie n'était accompagnée ni d'un développement compensateur des vaisseaux veineux de la paroi abdominale, ni de la présence de liquide dans le péritoine.

L'examen histologique a été fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. Debove, qui l'a ainsi formulé : le foie a une coloration jaunâtre, sa consistance est manifestement augmen-

tée, et le tissu de l'organe ne se laisse que difficilement pénétrer par le doigt. Il présente à sa surface des épaissements irréguliers de son enveloppe. A l'intérieur des bandes fibreuses, comme cicatricielles, le divisent en plusieurs lobes. L'étude histologique confirme le diagnostic de cirrhose. En outre des bandes fibreuses reconnaissables à l'œil nu, on constate qu'en un grand nombre de points il existe des travées fibreuses plus petites qui n'existent pas seulement à la périphérie des lobules, mais pénètrent à l'intérieur de ceux-ci, et en dissocient les éléments cellulaires ; si bien que, par places, la cirrhose est péri-cellulaire, ce qui a été indiqué par divers auteurs comme un caractère de la *cirrhose syphilitique*. La cirrhose vulgaire ou alcoolique est caractérisée par des néoformations conjonctives restant limitées à la périphérie des lobules, et amenant, par compression, l'atrophie ; mais ne pénétrant pas dans l'intérieur des lobules pour dissocier les cellules hépatiques.

L'examen des plaques blanchâtres signalées dans la description macroscopique, a été fait dans le laboratoire de M. Vulpian, par M. Déjérine qui y a retrouvé la constitution des tumeurs gommeuses hépatiques. Cette nouvelle étude confirme donc le diagnostic histologique de cirrhose syphilitique.

M. VERMEIL présente une hernie diaphragmatique congénitale du côté gauche. (L'observation n'a pas été remise.)

#### S. Election.

M. GARNIER est nommé membre correspondant.

---

*Séance du 20 décembre 1878.*

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**9. Fibro-angélième de la masse sacro-lombaire du côté droit ;**  
par V. BELLOUARD, interne des hôpitaux.

La tumeur dont il va être question s'est développée depuis environ dix ans. Elle paraît se rattacher à une chute que le malade fit sur le dos à cette époque. Depuis lors, elle s'est graduellement, régulièrement développée. Aujourd'hui 12 décembre 1878, elle offre le volume d'une orange. Pas d'adhérence aux téguments qui sont intacts. Au contraire, vers la profondeur, la tumeur semble faire corps avec la masse musculaire commune du sacro-lombaire, qui est en outre, refoulée en dedans. Le bout inférieur du grand dorsal passe sur la partie supérieure de la tumeur. Quand on fait contracter les muscles, on sent, en appuyant la main sur la tumeur, que celle-ci est fortement étreinte, et qu'elle exécute de légers mouvements en rapport avec les déplacements des muscles qui entrent en contraction.

Comme siège, elle s'étend de la septième à la douzième côte gauche. Elle confine, en dedans, à la série des apophyses transverses des vertèbres correspondantes. Elle ne paraît pas avoir de liens communs avec le système osseux. L'exploration du flanc et la palpation de l'abdomen, en ce point, permettent d'assurer que le néoplasme ne s'est pas développé sur la face antérieure des côtes. Elle n'occupe que la surface extérieure de la paroi thoraco-abdominale. Au toucher, cette tumeur offre une consistance assez grande, qui rappelle celle des tumeurs fibreuses. Sa consistance est partout uniforme. Elle n'est que peu ou pas douloureuse spontanément ou à la pression, sauf depuis quelque temps, pendant la nuit, et dans un point fixe qui correspond à la neuvième côte.

En explorant la tumeur, M. le professeur Richet, éprouve une sensation que deux ou trois autres personnes ont pu apprécier comme lui, c'était une espèce de crépitation insolite analogue à la sensation que donnerait la rupture de parties

dures et solides, au milieu d'une masse de parties molles, que l'on étreindrait dans la main. Ce phénomène que l'on n'avait pas d'abord remarqué, et auquel on n'a pas attaché grande importance, sur le moment, aurait mérité de fixer l'attention, comme on pourra en juger un peu plus loin.

Evidemment, cette tumeur était solide ; la lenteur de sa marche, l'absence d'état cachectique et de retentissements ganglionnaires, font repousser l'idée d'un sarcome, ou de tout autre production maligne. Elle est trop profonde et trop dure pour être un lipôme ; car le lipôme développé dans les muscles est rare. Serait-ce un fibro-lipôme ? Le diagnostic qui paraît réunir le plus de probabilités est celui de tumeur fibreuse, contenant peut-être un plus ou moins grand nombre d'éléments autres que le tissu fibreux. Ces tumeurs mixtes semblent, en effet, avoir le voisinage du rachis pour siège de prédilection, et c'est presque toujours aux dépens du périoste des vertèbres et des côtes qu'elles se développent, ainsi que l'a démontré M. le professeur Guyon dans un excellent mémoire.

M. Richet pense avoir affaire à une tumeur de ce genre, et il se décide à en faire l'extirpation. L'opération a eu lieu le 15 décembre 1878. Incision curviligne, formant une concavité ouverte en bas, pour favoriser l'écoulement du pus. Au premier coup de bistouri, après la section du lambeau cutané, on arrive sur des tissus fibreux ; c'est en vain que l'on cherche une membrane limitante enveloppant le néoplasme, il n'y en a pas. La tumeur est alors fendue verticalement, sa masse est formée par des tissus fibreux, entremêlés de quantités considérables de fibres musculaires ; il faut pour ainsi dire la sculpter au milieu du corps du sacro-lombaire. Dans tous les points de la tumeur, on retrouve des espèces d'aréoles ou de tissus rappelant la disposition des tissus utérins après l'accouchement ; parmi ces aréoles, les unes contiennent du sang noir, liquide, les autres renferment des caillots, et d'autres, enfin des corps durs, blanchâtres, de formes diverses, en rapport avec les cavités qui les contiennent, se brisant facilement sous la plus légère pression, en produisant ces craquements, cette crépitation particulière, que l'on avait éprouvée pendant l'exploration de la tumeur, et qui, une fois constatés, n'avaient plus attiré l'attention. Ces corps ne sont autres que des phlébolithes.

L'examen microscopique, fait par M. Dehove, donne les résultats suivants : « La tumeur est essentiellement formée par une masse de tissus fibreux. Dans l'intérieur, en certains points, ce tissu est légèrement enflammé. On rencontre, en outre, deux espèces de tissus : des vaisseaux et des muscles.

Ceux-ci sont striés, n'appartiennent pas en propre à la tumeur, mais viennent du voisinage. Les vaisseaux sont nombreux et de fort calibre ; la structure de leurs parois se rapproche beaucoup de celle des veines. Dans leur intérieur on rencontre des phlébolithes. En résumé, dans cette tumeur, on trouve les éléments constituant des fibrômes et des angiômes, mais les premiers l'emportent en quantité, sur les seconds, d'une façon notable. L'étude chimique des concrétions a montré qu'elles se composaient de phosphates et de carbonates de chaux, et de matières organiques. Ce qui correspond à la constitution des phlébolithes »

Cette tumeur est extrêmement rare, et est rendue encore plus intéressante par le fait de la présence des phlébolithes dans les tissus veineux. M. Richet n'a observé que deux fois des néoplasmes de ce genre : mais il n'y avait pas de phlébolithes. Dans l'un des cas, il s'agissait d'une jeune fille, chez laquelle la récurrence s'est produite au bout d'un an, et chez laquelle on a dû renouveler l'opération. A l'occasion des phlébolithes, M. Richet fait remarquer qu'il eût été bon d'attribuer plus d'importance à la crépitation qu'il avait sentie dans la tumeur. On aurait pu être ainsi mis sur la voie ; du moins cet exemple pourra servir si ultérieurement de semblables faits se représentent.

Quant à la pathogénie, il est difficile d'avoir une opinion bien nette. S'agit-il d'une disposition organique, ou bien est-on en présence d'un résultat dû au traumatisme subi, il y a dix ans, par le malade. On a vu quelquefois des lésions vasculaires succéder à des traumatismes ; tel est, raconte M. Richet, le cas de ce pèlerin qui, au dire de Boyer, fut roué de coups, dans la montagne, et eut ensuite des tumeurs érectiles dans tous les points où il avait été frappé. Dans le fait actuel on est autorisé à établir une relation entre la chute et le développement de la tumeur.

Quelques jours après l'opération qui a été terminée, par l'application d'une couche de pâte de Canquoin, on a dû faire une nouvelle cautérisation, avec le même caustique, pour enlever quelques parcelles du néoplasme, qui avaient échappé, et pour arrêter la tendance au saignement. La cicatrisation s'est opérée graduellement, et, à diverses reprises, on a pu recueillir de petites phlébolithes expulsées par la rétraction des tissus. Aujourd'hui (fin janvier) la guérison est obtenue sans accident et le malade a quitté l'hôpital.

**10. Ulcération tuberculeuse de la langue ;** par H. LÉLOIR,  
interne des hôpitaux.

P. C..., âgé de 34 ans, serrurier, entre le 41 novembre 1878, à la Charité, dans le service de M. VULPIAN. D'une constitution robuste, il n'accuse aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il y a un an environ, il prit un « rhume ; » depuis cette époque, il se mit à cracher et à tousser, des filets de sang se montrèrent parfois dans ses crachats. Il ne tarda pas à être pris de fièvre le soir, de sueurs nocturnes, à maigrir, à perdre l'appétit, et fut forcé d'entrer, pendant quelques mois, à l'Hôtel-Dieu. Il y a environ trois mois, il fut presque entièrement œdématisé, et, depuis cette époque, la face et les membres inférieurs se gonflèrent plusieurs fois. Il est à noter qu'il aurait eu à plusieurs reprises des ulcérations de la langue qui se seraient guéries spontanément. Il y a un mois, il cesse complètement son travail, et son état s'aggravant tous les jours, il entre à l'hôpital.

C'est un homme considérablement amaigri, pâle ; les membres inférieurs et la face sont légèrement œdématisés. Aphonie presque complète. La percussion et l'auscultation démontrent l'existence de lésions tuberculeuses avancées dans les parties supérieures des deux poumons. Mais l'on constate de plus, au sommet gauche, outre un souffle caverneux, un peu de gargouillement et de la bronchophonie, un phénomène d'auscultation assez intéressant ; lorsque l'on fait compter le malade, on entend, fortement accentuées, les vibrations vocales, puis immédiatement après, vient une répétition sourde, sorte d'écho du chiffre prononcé.

Au niveau de la partie moyenne du bord gauche de la langue, se trouve une ulcération irrégulière et allongée, dont le grand axe est parallèle au bord de la langue.

Elle est longue de près de trois centimètres, et au niveau de sa partie moyenne, atteint un peu plus de un centimètre de large. Sa profondeur est d'environ deux à trois millimètres. Le fond de cette ulcération est grisâtre, pultacé, mamelonné par places. Ses bords sont festonnés, taillés à pic en certains points, en d'autres endroits ils sont décollés, amincis, et en les soulevant on trouve au-dessous d'eux une sorte de cavité anfractueuse.

Ces bords sont souples, un peu pâles, légèrement violacés au niveau de la partie moyenne de l'ulcération. Sur la partie de la langue qui répond au bord inférieur de l'ulcération à deux ou trois millimètres environ de ce bord, on trouve quatre ou cinq petits points jaunâtres. La moitié correspondante de

la langue semble le siège d'une induration diffuse, en masse, mal limitée. Telle est la seule ulcération que contient la bouche et la gorge du malade; dès le début, on posa le diagnostic, ulcération tuberculeuse de la langue. Il est à noter, toutefois, que correspondant à l'ulcération, se trouve une dent cariée à bords tranchants. On arrache cette dent sur laquelle l'ulcération frotte continuellement, ce qui fait beaucoup souffrir le malade.

L'urine contenait une quantité considérable d'albumine. Le malade était atteint depuis plusieurs jours d'une diarrhée abondante que l'on arrêta complètement par des injections morphinées.

18 novembre. — Le fond de l'ulcération a perdu son aspect grisâtre et pultacé dans presque toute son étendue, il est recouvert de petits bourgeons charnus pâles; les bords de l'ulcération sont moins décollés, elle semble moins profonde et moins étendue, elle est moins douloureuse.

29 novembre. — L'état du malade va en s'aggravant de plus en plus, il est au dernier degré de la cachexie tuberculeuse, la quantité d'albumine augmente dans l'urine, et il meurt le trois décembre.

A L'AUTOPSIE, on constate que les deux poumons, fortement adhérents dans leurs deux tiers supérieurs, présentent les lésions de la tuberculose pulmonaire ordinaire à une période avancée, ils sont farcis de tubercules et de petites cavernules dans leurs parties supérieures. Au sommet du poumon gauche se trouve une vaste caverne du volume d'une grosse orange. Les ganglions bronchiques sont volumineux, au centre de plusieurs d'entre eux l'iode permet de constater la présence de matière amyloïde.

Le larynx ne contient pas de tubercules; il en est de même du voile du palais, du pharynx, de l'œsophage. Le péritoine contient une légère quantité de sérosité, il y a d'assez nombreuses adhérences entre les anses de l'intestin grêle. L'intestin incisé et déroulé, contient une quinzaine d'ulcérations dans les dernières portions de l'intestin grêle et le colon ascendant.

Les reins présentent les lésions de la néphrite parenchymateuse avancée, ils ne renferment ni tubercules ni matière amyloïde. La rate, volumineuse, présente à la coupe une grande quantité de petits grains semblables à des grains de sagou dans lesquels l'iode révèle la présence de la matière amyloïde. Le foie, volumineux, présente à la coupe l'aspect muscade.

L'examen histologique de l'ulcération linguale que nous avons décrite au début, nous a donné les résultats suivants :



l'ulcération a intéressé au niveau de sa partie moyenne toute l'épaisseur de la muqueuse linguale. Au niveau des bords de l'ulcération, l'épiderme muqueux est assez notablement épaissi, le derme est infiltré d'une grande quantité de cellules embryonnaires dont le nombre va en augmentant à mesure qu'on se rapproche du fond de l'ulcération. Les glandes acineuses de la région sont notablement hypertrophiées, et les cellules de plusieurs d'entre elles sont en dégénérescence granulo-graisseuse. Le fond de l'ulcération est formé par une couche assez épaisse de tissu embryonnaire constitué par des cellules lymphatiques petites et atrophiées. Plus profondément le tissu conjonctif situé entre les fibres musculaires est également infiltré de cellules embryonnaires. Ces fibres musculaires sont en quelque sorte dissociées en certains points par l'infiltration tuberculeuse. Elles ne nous ont pas paru présenter d'altération dans leur texture, même quand elles se trouvaient englobées dans des masses tuberculeuses. Outre cet infiltrat tuberculeux, une série de coupes nous a permis de constater dans les parties profondes, à environ un demi-centimètre de la surface de l'ulcération, quelques petites granulations tuberculeuses des plus caractéristiques. Ces petites granulations, situées entre les fibres musculaires profondes présentent pour la plupart une forme absolument sphérique. Elles sont formées par un amas de petites cellules embryonnaires; dans plusieurs d'entre elles on constate vers leur périphérie une cellule géante. Nous n'avons pu, dans nos coupes, constater la présence de matière amyloïde.

REMARQUES. — Nous nous bornerons à faire ressortir dans cette observation l'influence qu'a paru exercer la dent cariée sur la production de l'ulcération tuberculeuse. Cette cause irritante a, sans aucun doute, joué dans ce cas sur la manifestation locale de la diathèse un rôle analogue à celui de la pipe ou des dents cariées dans l'apparition des éruptions syphilitiques de la bouche, des traumatismes dans la production des exostoses, etc. A ce propos, M. Vulpian nous a rappelé un cas intéressant de localisation de la diathèse tuberculeuse à la peau sous l'influence d'un érysipèle, qui fut publié par M. Coyne, dans les archives de physiologie (1871-1872).

Rappelons encore que le malade aurait déjà été atteint d'ulcérations linguales qui se seraient guéries spontanément; que l'arrachement du chicot a paru amender un peu l'ulcération tuberculeuse.

**11. Céphalœmatome pariétal et occipital; par CH. FÉRÉ.**

Le nommé G..., Hippolyte, né le 3 novembre 1878, est apporté le 9 du même mois dans le service de M. GUÉNIOT, aux Enfants-assistés, pour une conjonctivite bioculaire légère. Cet enfant présente en outre une végétation bourgeonnante, rosée, sessile, du volume d'un pois environ, développée sur la cicatrice ombilicale et fournissant une suppuration peu abondante.

Sur le pariétal droit, en arrière et au-dessus de la bosse pariétale, il existe une tumeur à large base, fluctuante, sans mouvements d'expansion, sans changement de couleur de la peau qui reste souple, sans modification, au moins appréciable à la main, de la température locale, irréductible, paraissant indolore à la pression.

Cette tumeur s'étend le long de la suture sagittale et de la suture lambdoïde; sa limite antérieure est à un centimètre et demi environ en arrière de la suture coronale. En haut et en arrière elle suit les sutures en restant à peu près à un demi-centimètre en dehors d'elles; son bord inférieur qui paraît descendre en arrière très-près du bord inférieur du pariétal, remonte pour contourner la bosse pariétale, de sorte que la tumeur dans son ensemble représente une sorte d'équerre dont les deux branches sont placées au-dessus et en arrière de cette bosse. L'épaisseur maxima de la tumeur peut être évaluée à un demi-centimètre ou un peu plus; elle diminue graduellement vers la périphérie. Toute la masse est fluctuante; on ne sent sur les bords aucune trace de bourrelet. On ne remarque rien de particulier sur les autres points du crâne. Etat général bon, l'enfant tête bien.

Cautérisations, avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, des conjonctives et du bourgeon ombilical; aucun traitement pour le céphalœmatome.

15 nov. — On commence à sentir un léger bourrelet à la partie antérieure du bord supérieur du céphalœmatome. Petit abcès du volume d'un pois au-dessous du lobule de l'oreille droite. Même traitement, la végétation ombilicale a diminué de moitié de son volume, elle n'est plus bourgeonnante et est presque sèche.

18 nov. — Le bourrelet a peu augmenté. L'abcès de l'oreille s'est résorbé spontanément, un autre est ouvert à la partie moyenne du cou du même côté.

28 nov. — Il existe un bourrelet très-évident sur tout le pourtour du céphalœmatome, mais notablement plus épais à l'endroit où il a commencé à se produire. L'enfant tête mal.

Plaques ptérygoïdiennes. Diarrhée. La végétation ombilicale a totalement disparu.

29 nov. — Ulcération de même aspect que les ulcérations ptérygoïdiennes sur la partie moyenne de la voûte palatine.

2 déc. — Les ulcérations se sont étendues, il en paraît d'autres sur le frein de la lèvre inférieure, sur les lèvres où elles forment des fissures ; l'enfant ne tète plus ; diarrhée verte ; la suppuration conjonctivale, qui s'était peu modifiée, diminue tout à coup. L'enfant est passé dans le service de M. Parrot où il meurt le lendemain.

Je ne rapporterai de l'*autopsie* que ce qui a trait aux lésions du crâne.

Sur le pariétal droit il existe une tumeur affectant la forme décrite plus haut, c'est-à-dire une sorte d'équerre dont les branches suivent la suture sagittale et la suture lambdoïde. Cette tumeur formée par le soulèvement du périoste qui présente une teinte violet foncé, s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 64 millimètres, transversalement c'est-à-dire suivant la direction de la lambdoïde, elle a 52 millimètres ; au niveau de la réunion des 2 branches de l'équerre, c'est-à-dire suivant la direction d'une ligne qui irait de l'angle postéro-supérieur du pariétal à la bosse pariétale, elle a une largeur de 38 millimètres.

Au niveau de l'obélion, il existe une petite fontanelle de 10 millimètres de large sur 22 de long ; à droite et sur la face interne de l'os il en part une fissure de 2 millimètres  $\frac{1}{2}$  de large et de 9 millimètres de long se continuant par une fissure linéaire paraissant récemment comblée suivant la direction des fibrilles. C'est dans cette région que le céphalématome s'approche le plus du bord supérieur de l'os, il arrive à 6 millimètres de ce bord, tandis qu'en avant il reste à 15 millimètres en dehors et à 11 millimètres vers l'angle postéro-supérieur du pariétal ; en arrière il se limite à 4 millimètres de la suture lambdoïde. La bosse pariétale est respectée par le céphalématome qui l'entoure pour ainsi dire en arrière et en haut, en restant séparé d'elle par une distance de 12 millimètres dans les deux sens.

Le bourrelet est peu saillant sur la plus grande partie de la périphérie du céphalématome, il ne paraît pas avoir plus de 3 millimètres d'épaisseur et ne présente pas une résistance osseuse sauf à la partie antérieure du bord supérieur de la tumeur où il a près du double en épaisseur et où on voit, par transparence sous le périoste, des fibrilles osseuses ayant à peu près la même direction que les fibrilles de l'os normal et formant par leur accollement une plaque résistante. Il existe d'autres petites tramées osseuses, mais moins serrées, sur

toute la demi-circonférence supérieure de la tumeur, il n'y en a presque pas sur la demi-circonférence inférieure; on trouve aussi quelques points ossiformes isolés dans la région moyenne. La poche périostique n'a pas été ouverte, mais une partie du sang contenu s'est écoulée par la fissure du côté de la face interne dont la dure-mère avait été décollée. Sur la face interne de l'os on trouve encore, vers le bord supérieur, une sorte de cupule; comme une impression digitale, de 15 millimètres de diamètre environ.

Sur l'occipital, il existe une plaque d'un violet sombre couvrant presque toute l'écaille sur une largeur de 45 millimètres sans faire de saillie bien appréciable; elle respecte l'inion au niveau duquel l'os est sain dans une étendue d'un centimètre; mais elle descend un peu de chaque côté surtout à droite, en formant une espèce de fer à cheval. Par la pression, on reconnaît que dans toute l'étendue de cette plaque il existe au-dessous du péricrâne une lamelle ossiforme séparée de l'os normal par une couche de sang qui paraît avoir un millimètre d'épaisseur environ et partout continue. Si on examine l'os par sa partie interne, après l'arrachement de la dure-mère on voit qu'à chaque pression le sang sort par une fissure parallèle aux fibrilles osseuses et située à 8 millimètres à droite de l'angle de l'occipital; cette fissure se voit aussi à travers le péricrâne sur la face externe de l'os, et il en existe une autre partant de l'angle externe droit et se dirigeant obliquement vers le milieu de la ligne qui joint l'inion à l'angle supérieur.

Cette pièce mérite d'être rapprochée de celles que j'ai déjà présentées à la société pour montrer l'influence des fissures et des fêlures du crâne dans la localisation du céphalœmatome.

## **12. Ecchymose sous-épicrânienne et céphalœmatome; par Ch. Féré.**

La pièce que je présente à la société consiste en une lésion assez fréquente chez le nouveau-né, l'ecchymose sous-épicrânienne, qui a été peu étudiée jusqu'ici, croyons-nous, au point de vue où nous nous plaçons. Elle siège le plus souvent sur les pariétaux, le long de la suture sagittale, mais au lieu d'être, comme le céphalœmatome, limitée à une petite région, elle peut s'étendre à la plus grande partie de l'os, et il n'est pas rare de la rencontrer sur d'autres régions du crâne, sur le frontal, sur l'occipital. Le crâne présente une teinte rouge foncé tirant sur le violet et qui va en se dégradant à mesure qu'on s'avance vers la périphérie de la lésion. Lorsqu'on exa-

mine cette ecchymose sur un sujet mort peu de temps après sa naissance, on voit que le péricrâne est en grande partie décollé, et qu'il ne tient plus à l'os sous jacent que par quelques points isolés ; il est soulevé par une lame de sang plus ou moins liquide, suivant l'âge de l'épanchement. Si au contraire on a affaire à une ecchymose sous-épicrânienne arrivée à la période de réparation, comme celle que je vous présente et qui provient d'un enfant mort au dix-neuvième jour ; on voit lorsqu'on enlève le périoste, que celui-ci n'est plus séparé de l'os par une couche de sang, mais qu'il repose directement sur du tissu osseux, auquel il adhère assez intimement. L'os ainsi mis à nu présente une coloration d'un rouge sombre ; s'il ne gratte légèrement avec un scalpel, on détache une mince lamelle de tissu osseux, au-dessous de laquelle on voit une couche de tissu gélatiniforme qui sépare la lamelle sous-périostique de l'os ancien. Sur cette pièce sèche on peut encore constater l'existence de cette lamelle. Si on coupe le pariétal dans toute sa longueur, en dépassant les limites de l'ecchymose, on voit qu'au-dessous de la couche gélatiniforme la surface de section présente à l'œil nu le même aspect au niveau des parties malades qu'en dehors de la lésion. Dans le céphalœmatome, à la période de réparation, la coupe de l'os offre à l'œil nu une autre apparence : on trouve superficiellement, sous le périoste, une lamelle ossiforme qui recouvre le sang, et au-dessous l'os lui-même paraît poreux.

Je vous présente comparativement des coupes de céphalœmatome et d'ecchymose sous-épicrânienne à la période de réparation, et dont je ne donnerai maintenant qu'une description grossière, macroscopique en quelque sorte. Sur les coupes de céphalœmatome (enfant mort au trente-sixième jour), on trouve au-dessous du péricrâne une couche de tissu conjonctif nouveau dans laquelle se sont développés de place en place, quelquefois à des intervalles sensiblement égaux, de petites masses osseuses dont la coupe est à peu près circulaire ; au-dessous de cette couche, on voit les restes de l'épanchement sanguin, sous forme de caillot jaunâtre et enfin l'os ancien dans l'épaisseur duquel on voit les canaux de Havers considérablement aggrandis et déformés par des érosions latérales qui forment des échancrures remplies de cellules embryonnaires, et sur le bord desquelles on trouve des corpuscules osseux ouverts ; ce sont les lésions de l'ostéite raréfiante et elles se prolongent un peu en dehors des limites actuelles du caillot sanguin.

Sur les coupes d'ecchymose sous-épicrânienne (enfant mort au dix-neuvième jour) faites parallèlement à la suture sagittale et perpendiculairement à la direction des vaisseaux, on

trouve au-dessous du périoste une lamelle osseuse continue, séparée de l'os ancien par une couche de cellules embryonnaires, mais reliées de place en place à cet os par de petites colonnettes osseuses ; le pariétal lui-même ne présente pas de traces d'ostéite.

Les caractères anatomiques, tant macroscopiques que microscopiques de ces deux lésions, montrent bien l'analogie qui existe entre leurs modes de production et de réparation. C'est toujours une hémorrhagie sous-périostique ; mais dans le cas de céphalématome, l'épanchement qui se fait par la rupture d'un vaisseau relativement volumineux est assez abondant pour soulever complètement le périoste, tandis que dans l'ecchymose, l'épanchement produit par la rupture de vaisseaux multiples mais très-petits, n'est pas suffisant pour déchirer toutes les adhérences du pericrâne et pour former une tumeur. Le processus curatif est le même dans les deux cas, le travail de résorption s'accompagne d'une production de traces osseuses sous-périostiques qui finissent par circonscrire superficiellement l'épanchement. L'ostéite raréfiante qui ne se voit plus sur les préparations d'ecchymose a dû exister au début puisqu'on la rencontre toutes les fois qu'on trouve l'os dénudé de son périoste, soit accidentellement, soit expérimentalement.

L'ecchymose sous-épicrânienne ne se distingue donc du céphalématome que par le peu d'abondance du sang épanché et par l'absence de localisation, qui, dans le céphalématome, est déterminée par la structure spéciale d'une région limitée du crâne. J'ai déjà appelé l'attention de la société sur cette cause de la localisation du céphalématome (*Bull. Soc. anat.* 1878, p. 160).

**13. Note additionnelle à la relation d'une autopsie d'athétose ;**

(Voir *Bullet. de la Soc. anatomiq.* janvier 1878, p. 15).

M. Landouzy met sous les yeux des membres de la Société anatomique les os provenant des membres supérieurs de la femme hémiathétosée dont il a précédemment fourni l'observation complète. Dans la relation clinique du fait, il est dit que les membres, mesurés avec soin et à plusieurs reprises, paraissaient symétriques : la mensuration des os, faite après macération, a montré une légère différence de longueur, différence en faveur du côté sain, comme en témoignent les chiffres suivants :

|                                    |          |       |         |
|------------------------------------|----------|-------|---------|
| Humérus gauche (côté sain).....    | longueur | 0,270 | millim. |
| Humérus droit (côté athétosé)..... | id.      | 0,257 | id.     |
| Cubitus gauche.....                | id.      | 0,201 | id.     |
| Cubitus droit.....                 | id.      | 0,194 | id.     |
| Radius gauche.....                 | id.      | 0,191 | id.     |
| Radius droit.....                  | id.      | 0,185 | id.     |

Pour légère que soit cette différence (portant exclusivement sur la longueur des os), elle présente un réel intérêt si l'on se souvient qu'on a trouvé symétrie parfaite, à l'autopsie, entre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles des membres droits et gauches; si l'on se souvient surtout que cette moindre longueur du squelette supérieur droit, — les membres inférieurs qui paraissent égaux n'ont pu être gardés pour la dissection — a été trouvée chez une femme n'ayant présenté d'autres altérations nerveuses qu'une lésion intéressant seulement la partie antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié.

#### 14. Cancer mélanique du foie; par LATIL, interne.

Resch Joseph, 32 ans, mécanicien, entre le 2 déc. 1878, salle sainte-Marthe, lit n° 23, service du docteur HUCHARD, hôpital temporaire.

Les antécédents de cet homme, tant personnels qu'héritaires, sont excellents. Il n'a jamais fait aucune maladie sérieuse et avoue seulement quelques excès alcooliques.

Il y a quatre ans il perdit l'œil gauche à la suite d'accidents survenus spontanément, et sur la nature desquels il est malheureusement impossible d'être renseigné. Il fait remonter l'origine de la maladie qui l'amène à l'hôpital, à 5 mois. Vers la fin de juin il fut pris sans cause appréciable de diarrhée abondante et persistante, et sentit ses forces décliner assez rapidement, il n'en continua pas moins son travail. Au bout de deux mois, une constipation opiniâtre remplaça la diarrhée; quelques vomissements se montrèrent, mais à intervalles assez éloignés. Il remarqua à cette époque que son ventre augmentait de volume, c'est surtout ce qui l'amène à l'hôpital car il n'a jamais éprouvé de douleurs. Etat actuel. Le malade est amaigri, son teint est pâle mais nullement cachectique. On est tout d'abord frappé du développement exagéré de l'abdomen dont les parois sont très-tendues. A la palpation on a la sensation d'une tumeur de dureté presque ligneuse ayant envahi la plus grande partie de la cavité abdominale. Elle occupe les deux hypochondres, la région ombilicale et descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, à

ce niveau elle se termine par un bord net et tranchant que l'on délimite parfaitement, on sent même le long de ce bord une échancrure médiane; la tumeur appartient donc manifestement au foie. Supérieurement, elle remonte jusqu'à la cinquième côte droite, et mesure une hauteur verticale de 23 centimètres. La tumeur est lisse en tous ses points, on n'y sent pas la moindre nodosité. La zone abdominale inférieure est sonore, il n'existe donc pas d'ascite. Il n'y a pas la moindre trace d'œdème, un œdème léger existe aux malléoles. Les urines, foncées de couleur, ne sont pas albumineuses. L'appétit est nul, pas de vomissements, constipation opiniâtre.

Potion de Todd, sirop d'iode de fer, vin de quinquina.

7 décembre. — Le malade décline rapidement. L'œdème des membres inférieurs augmente, des épistaxis répétées sont survenues.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

Gl. rouges : 3768750

Gl. blancs : 11232

$$R = \frac{1}{335}$$

11 décembre. — Une ponction explorative est pratiquée au moyen de l'aiguille capillaire de l'appareil aspirateur; elle donne un résultat négatif et ne provoque aucun accident.

13 décembre. — La tension abdominale a augmenté. Le malade est en proie à une dyspnée assez intense, bien que l'auscultation permette de constater que les poumons sont sains. Les épistaxis ont augmenté, des vomissements sont survenus, la cachexie fait de rapides progrès.

15 décembre. — La circulation veineuse collatérale commence à se développer. L'œdème des membres inférieurs augmente ainsi que la dyspnée. Les vomissements persistent et prennent une teinte verdâtre. Thé au rhum glacé, pot. Todd.

18 décembre. — Le malade est très-faible, les vomissements sont fréquents, la dyspnée augmente, le pouls est peu fréquent mais mou et filiforme.

Le malade meurt le 21 au matin.

AUTOPSIE faite le 22 décembre. — A l'ouverture de l'abdomen le foie se présente sous un volume énorme, occupant tout l'abdomen et ne laissant apercevoir quelques anses intestinales, qu'à la partie tout à fait inférieure. Il remonte à gauche jusqu'à la cinquième côte, à droite jusqu'au niveau de la quatrième. Son poids est de 9 kilogr. 200 gr.

Le diamètre vertical du lobe droit est de 32 centim., celui du lobe gauche est de 26 cent. La surface absolument lisse présente avec la paroi abdominale des adhérences molles et de date récente; on ne retrouve pas la trace de la ponc-



tion. Le tissu est induré et crie sous le scalpel. Sur une coupe, le lobe gauche tout entier présente une teinte gris-noirâtre uniforme et généralisée. Le lobe droit offre des teintes variées, et présente des îlots d'un gris-ardoisé au milieu d'un tissu brun rougeâtre; de plus, on y remarque un semis de granulations blanchâtres dont le volume varie d'un grain de mil à un pois. A la coupe, les canaux biliaires et les bronches de la veine porte présentent un calibre remarquable. Il n'y a pas une goutte de liquide ascitique.

Les deux reins présentent chacun un noyau noir ardoisé de la grosseur d'une aveline, celui du rein droit offre à son centre un îlot blanchâtre qui tranche sur la coloration noire.

Le pancréas offre deux noyaux mélaniques semblables.

On examine avec soin tous les autres organes; ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques, rate, estomac, vessie, testicule et on n'y découvre aucune altération.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante, non-seulement parce que le cancer mélanique du foie est la forme la plus rare, mais surtout parce que le diagnostic de la variété a été établi pendant la vie.

En effet, en présence de cette énorme tumeur occupant les deux hypocondres, M. Huchard songea d'abord à une hypertrophie du foie et de la rate due à une leucocythémie, mais l'examen du sang répété à deux reprises démontra une proportion normale des globules. Le résultat négatif de la ponction exploratrice fit écarter l'idée d'un kyste hydatique; bref, il s'arrêta en dernière analyse au diagnostic de cancer du foie. M. Strauss, appelé en consultation, se rappelant un cas analogue observé par Recklinghausen à Strasbourg, non-seulement confirma le diagnostic, mais pensa de plus qu'il s'agissait d'un cancer mélanique; il se basait pour cela : 1° sur l'état lisse de la tumeur et l'absence absolue de nodosités; 2° sur le volume énorme et rapidement acquis; 3° sur l'âge peu avancé du sujet.

#### 15. Artérite cérébrale syphilitique. — Hémorrhagie méningée. — Mort subite; par BRAULT, interne.

Le nommé B..., âgé de 29 ans 1/2, employé de commerce, entra à la maison de santé, le 4 novembre 1878, dans le service de M. Lecorché pour des accidents syphilitiques.

Voici quelle avait été l'évolution de la maladie avant son entrée à l'hôpital : Début du chancre induré au mois de mars 1878, puis roséole, syphilides papuleuses; à partir du mois de juin, plaques muqueuses siégeant à la gorge, à l'anus et aux

bourses. Les plaques muqueuses de la gorge ont persisté jusqu'à ce jour.

Actuellement nous constatons des syphilides papulo-squameuses occupant le tronc et les membres. Le malade accuse une céphalalgie opiniâtre, de la tendance aux vertiges, de la diminution de la mémoire, et de la gastralgie. Il présente des plaques muqueuses confluentes de la gorge. Il est pâle et très-amaigri.

On le soumet au traitement mixte : frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur, 3 gr. par jour. Plus tard, ce traitement est supprimé et on lui substitue le sirop de Gibert.

Vers le 20 décembre, les plaques muqueuses de la gorge étaient en partie disparues, et il ne restait aucune trace de la syphilide papulo-squameuse. Malgré cette amélioration apparente, le malade était resté maigre, pâle, accusant toujours des maux de tête et souffrant beaucoup de crises gastralgiques qui avaient nécessité la suspension du traitement pendant quelques jours.

Le traitement fut repris et le malade devait le continuer chez lui. Le 23 décembre au matin, l'avant-veille du jour où il devait quitter l'hôpital, et quelques minutes à peine après la visite où il avait causé comme d'habitude, il tomba de sa chaise frappé d'un ictus apoplectique, la mort fut instantanée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du crâne, aucune lésion apparente des méninges ou de la surface convexe du cerveau.

Vaste hémorrhagie méningée de la base occupant toute la partie médiane protubérantielle et bulbaire se prolongeant en haut dans les scissures de Sylvius de chaque côté, et dans le quatrième ventricule; en bas, dans le canal rachidien. Après avoir débarrassé les artères du sang qui les entourait, et examiné avec soin l'hexagone et les branches qui en partent, il nous est impossible de trouver le siège de la rupture.

Néanmoins, il est facile de constater que la carotide interne du côté gauche, non loin de la bifurcation, est le siège d'un épaissement très-considérable d'aspect puriforme et de la grosseur d'un pois; un noyau beaucoup moins accusé existait sur la carotide interne droite également au niveau de sa bifurcation. Rien sur le tronc basilaire. Rien sur les sylviennes.

En examinant plus attentivement la lésion principale (celle de la carotide interne du côté gauche) il était facile de constater en deçà de l'épaississement précédemment indiqué, un amincissement des parois qui étaient déchiquetées mais nous ne pouvons affirmer, bien que cela soit probable que c'est en ce point qu'a eu lieu la rupture. En effet, ce point qui cor-

respond, à l'entrée de la carotide dans le crâne a dû céder et se rompre spontanément au moment de l'extraction du cerveau.

Aucune lésion dans les autres viscères.

*Examen histologique.* — Cet examen a été fait par nous au laboratoire du collège de France et contrôlé par M. Malassez.

Il a porté sur les deux artères carotides au niveau des épaississements sus-indiqués, et comparativement sur le tronc basilaire et sur l'artère sylvienne gauche. Sur une coupe faite perpendiculairement à l'axe de l'artère carotide interne gauche préalablement durcie, coupe colorée au picrocarminate d'ammoniaque et montée dans la glycérine nous avons constaté :

1° A un faible grossissement un épaississement des parois, et faisant saillie dans la lumière du vaisseau un gros bourgeon implanté sur un point de la circonférence de l'endartère.

Ce bourgeon était même facile à voir à l'œil nu sur une coupe, il avait environ 1 millimètre et demi de diamètre et diminuait considérablement le calibre du vaisseau ;

2° A un grossissement plus considérable une infiltration des tuniques artérielles par un très-grand nombre de cellules embryonnaires. Ces cellules étaient très-régulièrement disposées, la membrane élastique interne était très-nette. Le bourgeon était formé aux dépens de l'endartère, sa structure était celle du tissu fibreux de nouvelle formation, le centre était hémorragique. Notons en passant que cette structure est exactement celle des bourgeons qui se forment dans les artères à la suite des ligatures, ou d'un obstacle au cours du sang, sauf l'hémorragie qui est ici un accident, un phénomène pathologique. Sur des coupes de la carotide interne droite obtenues par le même procédé, nous notons aussi de l'artérite, mais moins considérable, et, de plus, pas de bourgeon.

Le tronc basilaire pareillement examiné ne présente aucune lésion, la sylvienne gauche présente un léger degré d'endartérite en un seul point. Il ressort de cet examen histologique qu'en certains points, et principalement au niveau de la lésion signalée de la carotide interne gauche, il y avait une inflammation très-nette des tuniques artérielles, que seulement au niveau de cette artère il y avait production d'un bourgeon de nouvelle formation, bourgeon friable à tel point qu'il était hémorragique. Ce fait de la structure embryonnaire des parois artérielles explique la rupture facile du vaisseau au niveau ou en deçà de l'obstacle, et, par conséquent la mort subite.

REMARQUES. — Cette observation nous paraît d'un très-grand intérêt, car s'il est vrai que plusieurs observateurs tant

français qu'étrangers aient noté des lésions artérielles chez les syphilitiques (artérites et même dilatations anévrysmales), il n'existe qu'une seule observation très-analogue à la nôtre tant au point de vue des symptômes cliniques observés qu'au point de vue des lésions microscopiques trouvées à l'autopsie c'est celle présentée par M. Blachez à la Société anatomique en juillet 1862.

Il y avait même siège de l'hémorrhagie, la lésion portait sur le tronc basilaire qui présentait un épaissement très-limité et une rupture à son niveau. L'examen histologique n'avait pas été fait.

Dans l'ouvrage tout récent de M. Fournier sur la syphilis cérébrale, l'observation de M. Blachez est citée, mais l'auteur considère ce mécanisme de la mort dans la syphilis comme tout à fait exceptionnel et encore à démontrer.

Nous croyons en résumé qu'il est très-plausible d'admettre que ces lésions artérielles sont dues à la syphilis et qu'en conséquence on peut donner l'hémorrhagie méningée suivie de mort subite comme une des terminaisons possibles de la syphilis — même à une période relativement assez rapprochée du début et alors qu'il n'existe que des lésions cutanées ou muqueuses.

Nous devons faire remarquer encore, en ce qui concerne notre observation, que les vertiges, les absences de mémoire peuvent s'expliquer par la lésion de l'artère carotide interne gauche dont le calibre était en partie occupé par un bourgeon volumineux.

**16. Cancer de la langue. — Engorgement ganglionnaire considérable à marche très-rapide. — Mort subite. — Lésions de la veine jugulaire interne et du pneumogastrique droit;**  
par M. PAUL REDARD, interne des hôpitaux.

X. âgé de 48 ans, entre dans le service de M. le professeur Verneuil. Il raconte qu'il s'est toujours bien porté, il y a seulement trois mois, il s'aperçut d'une petite grosseur sur la partie latérale droite de la langue. Cette tumeur avait grossi rapidement sans que nul traitement ait été employé, et en même temps son cou grossissait. Au bout de trois mois, nous le trouvons dans l'état suivant :

Il est grand, robuste, vigoureux, ses différentes fonctions s'accomplissent assez bien, l'attention est immédiatement attirée sur la région sus-hyoidienne, les ganglions sous-maxillaires sont notablement engorgés, ils ne sont pas isolables. Des deux côtés, les ganglions sont pris et ont un volume très-

considérable. Dans la région carotidienne quelques ganglions du volume d'une amande.

La peau de la région sus-hyoïdienne n'a pas changé de couleur, est adhérente aux ganglions; du côté droit il existe de la fluctuation, à côté on sent une induration considérable.

La langue est le siège d'une induration qui occupe presque toute sa totalité, plus marquée cependant du côté droit; le plancher de la bouche et une partie de la langue présentent une ulcération grisâtre, renfermant de la sanie infecte. Le plancher de la bouche est induré dans sa totalité.

Le malade accuse peu de douleurs, il n'a pas d'hémorrhagie.

Il éprouve une légère gêne dans la déglutition et la mastication. A son entrée, la respiration était assez facile, mais huit jours avant sa mort, il a présenté de la raucité de la voix, il respirait assez difficilement, surtout à certains moments; son inspiration était assez sonore et rauque, bruyante.

Le 22 décembre, le malade avait passé une assez bonne nuit lorsque tout d'un coup, il se lève pour prendre un objet et retombe mort. La dyspnée n'avait pas été plus intense à ce moment, il n'a pas eu d'accès de suffocations, ayant duré un certain temps, il n'a pas eu de convulsions et paraît, d'après les renseignements pris dans la salle, avoir succombé à une syncope.

A l'autopsie, la plupart des viscères sont sains, les poumons sont très-notablement congestionnés, principalement à la base. La langue est le siège d'une infiltration cancéreuse généralisée, s'étendant jusqu'à sa base au niveau de ses attaches à l'os hyoïde. Le plancher de la bouche est envahi. Le larynx paraît sain, il n'est pas compris par des masses ganglionnaires. La trachée, les bronches présentent leur volume normal, elles ne sont pas comprimées. Les ganglions du médiastin sont sains.

Dans la région carotidienne, quelques ganglions, principalement du côté gauche, un ganglion du volume d'une noix accolé à la veine jugulaire interne. Cette veine n'est pas altérée.

Au niveau du larynx et de chaque côté, deux masses ganglionnaires très-volumineuses remontant dans la région sus-hyoïdienne et l'occupant tout entière. Ces masses ont soulevé et rejeté en dehors le muscle sterno-cléido-mastoidien. Les ganglions péri-vasculaires et sous-maxillaires sont pris et considérablement augmentés de volumes, ils sont constitués par un tissu blanc, lardacé, extrêmement dur.

La veine jugulaire interne et la carotide primitive et les deux branches de bifurcation sont entourées du côté gauche par le tissu morbide, leur calibre n'est pas modifié.

Le nerf pneumogastrique gauche passe en arrière de la masse ganglionnaire et n'est nullement comprimé.

Du côté droit, kyste assez volumineux ; l'artère carotide, la jugulaire interne, le pneumogastrique sont complètement entourés par le tissu morbide, la carotide et ses deux branches de bifurcation sont restées perméables ; la jugulaire interne est complètement entourée par un tissu excessivement dur, sa perméabilité est détruite, et la sonde cannelée ne peut pénétrer.

Le pneumogastrique droit et le nerf grand sympathique arrivés au niveau de la masse ganglionnaire se confondent avec elle et ne peuvent être distingués au milieu de la masse ganglionnaire lardacée qui les entoure. L'origine du laryngé supérieur ne peut être retrouvée.

REMARQUES. Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en raison de la marche extrêmement rapide du cancer de la langue et de sa généralisation. La mort dans ce cas nous paraît être survenue par un mécanisme particulier, que nous ne trouvons pas signalé dans le mode de terminaison des tumeurs ganglionnaires du cou. Le malade a succombé par syncope due très-probablement à la paralysie du pneumogastrique droit, suite d'une compression énergique exercée sur lui par les ganglions carcinomateux.

Cette lésion d'un des pneumogastriques s'était accusée pendant la vie par de la raucité de la voix, une inspiration bruyante et une dyspnée intense.

**17. Anévrysme de l'aorte. — Laryngotomie. — Mort ;**  
par Ed. JUHEL-RÉNOY, interne des hôpitaux.

Madame K..., âgée de 52 ans, entre le 17 décembre 1878 à la maison de santé, service du docteur Cruveilhier. Cette malade est envoyée par le docteur Krishaber, qui vient de lui pratiquer il y a quelques heures la « laryngotomie ».

Cette femme, nous dit M. Krishaber, a été prise hier 16 décembre à 2 heures de l'après-midi, d'un accès de suffocation violent. La laryngotomie fut pratiquée au moyen du thermocautère ; la malade perdit très-peu de sang. Une canule ordinaire fut d'abord introduite, mais la dyspnée ne cessant pas, on confectionna avec une grosse sonde œsophagienne une canule longue de 15 centimètres, qui pénétra sans rencontrer aucune résistance. Il n'y eut aucune amélioration. L'anxiété respiratoire persista, ce que voyant, et apprenant de la famille que la dame K..., avait depuis un certain temps de la raucité de la voix, le docteur Krishaber porta le diagnostic : anévrysme probable de l'aorte, et envoya la malade à la maison de santé.

Au moment où nous voyons la malade (17 décembre), la dyspnée est intense, la face pâle, marbrée çà et là de points violacés. Un cornage assez intense pour être perçu à distance existe depuis l'opération.

L'*auscultation* fait constater dans les deux poumons, aussi bien en avant qu'en arrière, l'existence d'une grande quantité de gros râles sibilants, qui empêchent l'auscultation exacte des bruits du cœur. Le *pouls*, petit, rapide (120) ne présente aucune différence du côté droit ou gauche.

La malade passa ainsi la nuit du 17 en proie à une dyspnée considérable.

18 décembre. — L'état est toujours le même. Dyspnée et cornage intenses. De nombreuses ventouses sont appliquées sans résultat, et la malade meurt à 11 heures du soir, 56 heures après la laryngotomie.

AUTOPSIE, le 20 décembre. — Celle-ci vient confirmer le diagnostic du Dr Krishaber; la cage thoracique étant ouverte, on remarque dès l'abord, que le cœur porte à sa base un anévrysme de la grosseur d'une belle pomme. Cet anévrysme est *situé* sur la partie interne de l'aorte, au niveau de la portion ascendante et verticale. Le sac étant ouvert, il s'en écoule une quantité de sang assez notable. Lavé sous un filet d'eau, on en fait sortir des caillots, mous, noirs, non stratifiés, et s'étant formés au moment de la mort ou peu après.

On se trouve alors en présence d'une sorte de membrane (caillot actif) tapissant toute la cavité du sac, de couleur rouge brun, d'une consistance assez ferme, et mesurant 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Saisi avec une pince, ce caillot se laisse détacher facilement, et l'on découvre au-dessous de lui, un autre caillot gris-blanchâtre, très-adhérent aux tuniques sous-jacentes du vaisseau dont il ne nous est pas donné de pouvoir signaler la disposition.

Les troncs artériels, qui naissent de la crosse, sont libres.

Le cœur n'est pas dilaté, et réagissait par conséquent fort bien contre l'obstacle situé en avant de lui. Rien aux valvules, pas d'athérome sur l'aorte.

*Rapports de l'anévrysme avec les parties voisines.* Cet anévrysme situé, nous l'avons dit, à la naissance même du vaisseau, est en rapport en arrière par sa partie droite avec la bronche droite auquel il adhère manifestement mais point assez pour rétrécir le calibre de ce conduit. Il adhère beaucoup plus faiblement encore à la bronche gauche. Quant à l'artère pulmonaire, elle paraît comprimée, mais encore bien d'une façon assez faible.

La dissection attentive des pneumo-gastriques, surtout du côté gauche, ainsi que celle des récurrents, n'a pu nous faire

constater nulle part de compression évidente, pouvant expliquer d'une part les accès de dyspnée, la raucité, qui se sont produits pendant la vie, d'autre part l'asphyxie, cause évidente de la mort.

L'examen de la *trachée* nous a fait constater la parfaite intégrité de ce conduit, dans lequel était la canule descendant jusqu'à un centimètre au-dessus de sa bifurcation.

Les *bronches* droite et gauche incisées sont parfaitement libres, il n'y a nulle trace de compression. Les poumons sont emphysémateux.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous semble intéressante à un double point de vue :

1° En ce que cet anévrysme a été bien toléré pendant la vie, puisque le seul phénomène observé, nous a-t-on dit, a été la raucité de la voix. L'examen macroscopique a corroboré cette opinion en nous montrant un cœur nullement dilaté, ni hypertrophié, l'absence complète de compression trachéale ou bronchique, l'intégrité des troncs nerveux.

2° Enfin, la mort est arrivée rapidement malgré la laryngotomie, avec un ensemble de symptômes asphyxiques, ce qui nous porte à croire, que c'est à une compression rapide du tronc de l'artère pulmonaire, qu'il faut attribuer la mort de cette malade, et la continuation des phénomènes asphyxiques après la laryngotomie, quoique cette hypothèse n'ait point été absolument confirmée par l'étude attentive des rapports du sac anévrysmal.

**18. Hernie sous-péritonéale siégeant dans la fossette vésico-pubienne droite; — hernie inguinale graisseuse du même côté; — accidents d'étranglement; perforation intestinale, mort; par HAVAGE, interne des hôpitaux.**

Le nommé Vautrin Ignace, 58 ans, entre le 7 décembre 1878 à l'hôpital Ménilmontant dans le service de M. Th. Anger. Il a tous les signes d'un étranglement interne subaigu : constipation depuis 11 jours; vomissement de tous les aliments, solides ou liquides, ingérés; facies grippé, aphonie, extrémités froides, pouls petit. Les accidents sont survenus lentement, graduellement, depuis une douzaine de jours; auparavant, les fonctions digestives s'accomplissaient avec régularité. De plus, on ne trouve rien dans les antécédents du malade qui puisse faire supposer l'existence d'une lésion intestinale de vieille date. On apprend seulement qu'il porte un bandage inguinal droit depuis quinze ans environ, et que jamais sa hernie n'a donné lieu à aucun accident.



L'exploration de la région des aines donne les renseignements suivants :

Des deux côtés les testicules sont à l'anneau; tous deux sont indolores et notablement atrophiés. En outre, du côté droit, on trouve au-dessus du testicule une petite hernie mollassse, non douloureuse, qui se réduit avec la plus grande facilité, et permet au doigt de pénétrer aisément dans le canal inguinal.

Le ventre n'est pas ballonné; sa forme est régulière, la sonorité est la même dans les différents points; les anses intestinales ne font aucune saillie, et la palpation ne décèle l'existence d'aucune tumeur. Rien non plus du côté du rectum.

Devant l'impossibilité de poser un diagnostic certain et la non-indication d'une intervention chirurgicale, on se contente des moyens médicaux ordinaires : lavements, purgatifs, glace, etc.

Le lendemain 6 décembre, le malade a des vomissements franchement fécaloïdes, quelque peu fétides, et le 7 il succombe au milieu d'accidents de péritonite suraiguë, après avoir eu deux selles liquides très-abondantes.

**AUTOPSIE.** — On trouve la cavité abdominale remplie d'une grande quantité de liquide fécaloïde; le péritoine est vivement injecté. En examinant la région inguinale droite, on constate ceci :

La hernie que l'on sentait au-dessus du testicule et qui rentrait si facilement dans le trajet inguinal est une hernie graisseuse; elle est située en dedans du cordon et elle n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines.

Du côté du péritoine, on voit qu'une portion de l'intestin grêle est herniée, et que le bout supérieur dilaté présente, près du collet, une perforation pouvant admettre un pois. L'artère ombilicale longe le bord externe du collet du sac, c'est-à-dire que la hernie s'est faite dans la fossette vésicopubienne, dans l'espace compris entre l'artère ombilicale et la vessie.

Si maintenant on décolle le péritoine, on constate que la hernie, qui a le volume d'une grosse noix, n'a pas franchi le fascia transversalis; elle est donc sous péritonéale. Elle est constituée par un sac complet dont le collet est formé par l'adossement du péritoine replié sur lui-même; les deux feuillets ainsi adossés sont épaissis et réunis par de solides adhérences, et c'est ce collet qui a été la cause de l'étranglement. Le diamètre du collet est assez grand pour pouvoir admettre l'extrémité du petit doigt : il s'en suit que l'étranglement intestinal n'est pas complet et qu'on peut introduire aisément

une grosse sonde cannelée dans les deux bouts de l'interstice à travers le collet.

Le sac étant ouvert, on voit que l'intestin a commencé à contracter des adhérences avec lui, non-seulement au niveau du collet, mais dans une grande étendue du corps.

*Réflexions.* — Cette observation nous paraît devoir donner lieu à plusieurs remarques intéressantes.

Au point de *vue clinique*, difficulté du diagnostic, non-seulement à cause du siège exceptionnel et de la situation profonde de la hernie, mais encore à cause de la présence à l'orifice sous-cutané du canal inguinal d'une hernie graisseuse qui se réduisait facilement et qui devait donner le change sur la cause des accidents observés; — marche subaiguë de l'étranglement (13 jours de durée); mort rapide causée par une perforation ayant suivi de très-près deux évacuations abondantes.

Au point de *vue anatomique*, la hernie oblique interne, c'est-à-dire siégeant dans la fossette vésico-pubienne, est fort rare. De plus cette hernie, au lieu de se présenter à l'orifice inguinal cutané, n'a pas même franchi le fascia transversalis; elle n'est donc pas interstitielle, mais simplement sous-péritonéale; enfin elle est un exemple remarquable d'étranglement par le collet du sac.

Faisons observer qu'il ne peut s'agir ici d'un sac déshabité dans lequel une anse intestinale se serait engagée et étranglée ensuite, car alors la hernie siégerait au niveau de l'orifice péritonéal du canal inguinal, comme dans le cas rapporté par Languier des Baucels. — Cette hernie sous-péritonéale s'est donc formée de toutes pièces et primitivement; nous n'en avons trouvé aucun exemple ni dans les classiques ni dans les thèses.

Enfin il reste à poser deux questions que nous ne saurions résoudre : Comment le sac a-t-il pu se former ? Faut-il voir une relation de cause à effet entre l'ectopie testiculaire et la hernie, quoique le testicule fût complètement libre d'adhérences ?

M. TERRILLON présente une *tumeur* développée chez un enfant de 11 ans aux dépens de l'arcade alvéolaire. Elle s'insérât au-dessus de la dent canine gauche et supérieure.

On trouve dans cette tumeur, dure, arrondie : 1° un *néoplasme*, ostéo-sarcome, et 2° une *dent* incluse dans la masse.

Séance du 27 décembre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**19. Atrophie cérébrale; — Hémiplegie; — Epilepsie partielle;  
— Tuberculose pulmonaire; par BOURNEVILLE et POIRIER.**

Notre maître, M. Charcot, distingue trois formes principales d'*épilepsie partielle* : l'*épilepsie hémiplegique*, l'*épilepsie tonique* ou avec *contracture*, l'*épilepsie vibratoire*. L'observation ci-après appartient à la première forme (1).

TH..., Jeanne, née à Paris, était âgée de 16 ans à son entrée à la Salpêtrière (service de M. DELASIAUVE), le 17 février 1855.

*Renseignements fournis par sa grand'mère* (16 décembre 1876). — *Père*, on ne sait s'il est vivant, on ignore tout ce qui le concerne; il n'était pas marié. — *Mère*, corsetière, partie pour Londres il y a 7 ans; elle était bien portante, mais nerveuse, sans attaques toutefois; on n'a plus de ses nouvelles; pas de maladies de peau; elle était saine. [*Père*, 69 ans, santé excellente. — *Mère*, 68 ans, bien portante, très-nerveuse, aurait eu des attaques de nerfs qui se montraient à la suite de contrariétés. — Une tante maternelle de la malade aurait de temps en temps des attaques de nerfs qui surviendraient principalement après des émotions et à l'époque des règles. — Ni aliénation, ni paralysies, ni migraine dans la famille. Pas de consanguinité.]

La mère de Jeanne avait 22 ans quand elle est devenue enceinte. Elle a dissimulé sa grossesse autant qu'elle a pu et a cessé de voir ses parents durant les derniers mois. L'accouchement a été régulier.

L'enfant a été mis en nourrice. Quand elle est revenue, à 13 mois, elle ne marchait ni ne parlait, et ne semblait pas comprendre. En la rendant, la nourrice déclara que Jeanne

---

(1) Voir : *Notes cliniques sur l'épilepsie partielle (Iconographie fotogr. de la Salpêtrière, 1878)*.

avait parfois des mouvements nerveux, que ses yeux tournaient. Elle aurait dit n'avoir pas observé de grandes convulsions. On s'aperçut bientôt que l'enfant se servait toujours de préférence du bras gauche, que le bras droit restait pendant, était flasque, que la main droite était fermée. La santé générale était bonne.

A 16 mois, on constata les *convulsions* pour la première fois. Depuis lors jusqu'à 3 ans et demi, les accès revinrent à peu près toutes les semaines. Jeanne commença à marcher vers cette époque; elle s'avancait sur la pointe du pied, et on assure que, à cet âge, il n'y avait pas de différence de volume entre les deux jambes.

De 3 ans et demi jusqu'à 10 ans, les accès ont continué, en devenant plus fréquents. L'enfant prévenait, se plaignait de souffrir au creux de l'estomac, elle disait : « Maman, j'ai du mal ! » La face devenait très-pâle, la connaissance disparaissait, la tête se tournait et le corps devenait raide. Pas de cri, pas d'écume ni de morsure de la langue, ni de miction involontaire. Après l'accès, elle avait durant une demi-heure un tremblement des membres du côté droit. — Quelquefois même, sans avoir eu d'accès, elle avait des mouvements convulsifs, que l'on qualifie d'agitation, dans la jambe et le bras du côté droit.

Rougeole à 3 ans; aucune manifestation scrofuleuse. A 10 ans (1879), *sept abcès* se sont développés sur le pied et la jambe paralysés. Des incisions ont été pratiquées; il n'est pas sorti de fragments d'os. Rien de pareil sur le reste du corps. On ignore si cet accident a modifié les accès. On se rappelle seulement qu'ils ont persisté durant la suppuration. — Ces abcès auraient exercé une certaine action sur le caractère de l'enfant qui, très-douce, affectueuse, facile à mener auparavant, serait devenue méchante, violente et difficile à conduire.

De 10 à 14 ans, les accès venaient plus d'une fois par semaine et c'est surtout durant cette période que la main a pris l'attitude qu'elle a aujourd'hui, que la différence entre les membres du côté droit et ceux du côté gauche s'est accusée, enfin que le pied s'est déformé. Les phénomènes de l'aura auraient diminué vers 13 ou 14 ans. T... se sentait moins et il lui est arrivé — ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors — de tomber dans la rue et de se blesser à la figure ou à la tête; jamais de morsure de la langue; deux fois seulement on aurait observé de l'écume. Le cri initial est exceptionnel.

Après l'accès, un jour, elle a mordu le doigt d'une de ses tantes qui, ne la croyant pas suffisamment revenue à elle, s'opposait à ce qu'elle sortît; — d'autres fois, menaces à son grand-

père et toujours parce qu'elle voulait s'en aller, aimant beaucoup à aller causer chez les voisins.

On assure que T... était intelligente de 4 à 10 ans, qu'elle avait de la mémoire, apprenait facilement des fables, etc. L'intelligence aurait commencé à baisser à partir de 12 ans et surtout de 14 ans. De temps en temps, on remarquait de l'égarément; elle répondait tout de travers aux questions qu'on lui posait. Souvent, elle se plaignait de douleurs à la tête, qui était brûlante sur toute son étendue. C'est à ces douleurs qu'on attribue l'appauvrissement de sa chevelure qui, auparavant, était, dit-on, magnifique.

Réglée à 14 ans, sans le moindre accident, les règles ont été régulières jusqu'à son admission à la Salpêtrière. A l'approche des règles, elle devenait plus colérique et les accès étaient plus nombreux. Durant l'écoulement sanguin, elle était calme, même alourdie. Les fonctions digestives, circulatoires, cutanées, etc., n'ont jamais offert de dérangement.

Depuis qu'elle est à la Salpêtrière, T... aurait maigri; les accès auraient augmenté. *L'attitude des membres paralysés, l'intelligence* n'auraient subi aucune modification appréciable.

Traitements antérieurs : belladone, iodure de potassium, sirops antiscorbutique, d'iodure de fer, toniques, bromure de potassium.

1877. 1<sup>er</sup> juin, *Bromure de sodium*, 1 gr. — 5 juillet, 2 gr. — 7 juillet, 3 gr. — 10 juillet, 4 gr. — 13 septembre. On n'a rien noté de particulier, si ce n'est que T... aurait un peu moins d'appétit.

14 septembre, purgatif. — 15 sept., 2 cuillerées de sirop de bromure de sodium, soit 2 gr. — 20 sept., 4 gr. — 1<sup>er</sup> octobre, 6 gr.

*Accès.* — Voici ce que nous avons appris sur ce sujet. T... appellerait l'infirmière, dirait : Marie ! Marie ! Je suis mal... ! Je suis mal... ! Et il s'écoulerait un temps assez long pour que l'on puisse venir à son secours. Elle montre l'épigastre, comme si elle souffrait dans cette région. — Elle ne se blesserait jamais. — Dans les accès, la tête se porterait à droite, les convulsions seraient beaucoup plus fortes dans les membres paralysés, et il paraît qu'elles prédominent dans le bras. — Jamais les accès n'ont été suivis de délire.

1878. Janvier. — Tête petite; front médiocrement élevé; bosse frontale droite un peu plus saillante que la gauche. Sur celle-ci, il existe une tache érectile qui occupe également tout le sourcil correspondant. — Les plis du front sont égaux. Les arcades sourcilières sont les mêmes. — L'ouverture palpébrale gauche est un peu plus petite que la droite. Les pommettes sont égales. — Le sillon naso-labial droit est effacé; le gauche

est accentué, principalement quand la malade parle ou rit. — La bouche est petite. — Les lèvres sont de moyenne épaisseur ; les dents sont régulièrement disposées ; une seule fait défaut. — La langue est déviée à gauche. La voûte, le voile et les piliers du palais sont symétriques. La percussion de la tête n'est nulle part douloureuse.

*Membre supérieur droit.* — Attitude habituelle : le bras est accolé au thorax, l'avant-bras est à angle droit sur le bras, appliqué sur la poitrine, au-dessous du sein. La main forme un crochet dont l'ouverture est très-étroite. — Elle est, comme le bras, dans la pronation. L'épaule est très-rigide ; on parvient à placer le bras à angle droit avec le tronc en provoquant des craquements et de la douleur. — Le coude est rigide ; on arrive à étendre l'avant-bras incomplètement et en faisant souffrir la malade. La flexion complète est possible. — Quant au poignet, c'est à peine si on peut mettre la main à angle droit. Les fléchisseurs des doigts sont extrêmement contracturés.

La malade, qui tient d'ordinaire les doigts infléchis, est capable de les étendre dans une mesure très-restreinte. Elle étend, mais imparfaitement, l'avant-bras. — Les mouvements spontanés du bras sont encore plus limités.

|                                                            | DROIT. | GAUCHE. |
|------------------------------------------------------------|--------|---------|
| Circonférence du bras au-dessous de l'aisselle.            | 18     | 21 5    |
| Circonférence à 10 c. au-dessus de l'olécrâne..            | 17     | 18 5    |
| Circonférence à 10 c. au-dessous de l'olécrâne.            | 12 5   | 19      |
| Circonférence du poignet.....                              | 11     | 13      |
| Circonférence du métacarpe.....                            | 12 5   | 15      |
| Distance de l'acromion à l'olécrâne.....                   | 27     | 29 5    |
| Distance de celle-ci à l'apophyse styloïde du cubitus..... | 20     | 22      |
| Distance de celle-ci à l'extrémité du médus...             | 13     | 14 5    |
| Longueur de la clavicule.....                              | 10     | 11      |
| Circonférence du thorax.....                               | 32     | 33      |

Au palper, les seins ne paraissent pas différer de volume. Le droit est peut-être plus mou que le gauche, circonstance due probablement à la pression constante de l'avant-bras.

*Membre inférieur droit.* — Raideur de la hanche et du genou ; rigidité du cou-de-pied. Le pied est en varus équin ; il est en quelque sorte carré, ramassé sur lui-même. Le gros orteil est dans l'extension. La malade exécute la plupart des mouvements ; ceux du pied sont plus circonscrits. Pas de trépidation spontanée ou provoquée. — Les orteils, à droite, sont rouges, cyanosés, et plus froids qu'à gauche.

|                                                                                             | DROIT. | GAUCHE. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
| Circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aîne.....                                  | 37     | 39      |
| Circonférence à 10 c. au-dessus de la rotule.....                                           | 31     | 33      |
| Circonférence de la jambe à 10 c. au-dessous de la rotule.....                              | 23     | 25 5    |
| Circonférence au niveau des malléoles.....                                                  | 16     | 17      |
| Circonférence du métatarse.....                                                             | 19     | 20      |
| Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité supérieure du tibia..... | 41     | 42 5    |
| Distance de celle-ci à la malléole externe.....                                             | 33     | 37      |
| Distance de celle-ci à l'orteil médian.....                                                 | 14     | 15 5    |

T... marche en détachant assez facilement le pied du sol. D'habitude, elle s'avance sur la pointe du pied; quelquefois, pourtant, le pied s'appuie entièrement. Elle marche en fauchant (à droite) et fléchit plus de la jambe paralysée que de l'autre.

La *colonne vertébrale* présente une déviation à concavité droite de la nuque aux lombes. — L'épaule droite est plus élevée que la gauche. — Le pli fessier est abaissé à droite.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses divers modes. L'*ouïe*, la *vue*, etc., paraissent intactes. — La *parole* est embarrassée, peu développée: il est des mots que T... prononce mal; d'autres qu'elle est impuissante à dire. Elle parle souvent en serrant les dents: *lamisole* pour *camisole*, — *tatouiller* pour *chatouiller*, etc. — Dans le jour, elle est propre; mais durant la nuit, qu'elle ait ou non des accès, elle gâte. — Elle mange seule, de la main gauche, sans voracité. Elle ne peut s'habiller. Elle passe son temps à coudre des chiffons, à courir dans les cours; elle est curieuse et capricieuse, se fâche vite si on la contrarie.

Poids: 30 kilogr. — Taille: 1 m. 44. — Les poils peu abondants aux aisselles, le sont beaucoup au pénil. — Pas d'onanisme?

T... a des accès et des vertiges; voici la marche qu'ils ont suivie:

| ANNÉES.             | ACCÈS. | VERTIGES. |
|---------------------|--------|-----------|
| 1876 (11 mois)..... | 165    | 56        |
| 1876.....           | 318    | 18        |
| 1877.....           | 415    | 32        |
| 1878 (11 mois)..... | 244    | 213 (1).  |

(1) Toute cette partie de l'observation a été publiée dans le mémoire de l'un de nous sur l'*Épilepsie partielle*. (*Iconographie fotogr. de la Saint-trière*. 1878, tome II, p. 53.)

*Novembre.* — La malade est à peu près dans le même état; les attaques et surtout les vertiges sont de plus en plus fréquents : deux à trois par jour en moyenne. T... est obligée de garder le lit ; elle a un peu de fièvre.

28 nov. — Matin : T. R. 37°, 9.

29 nov. — Matin : T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°, 2.

30 nov. — Matin : T. R. 38°, 2. — Soir : T. R. 37°, 2.

1<sup>er</sup> décembre. — Depuis quelque temps, la malade mange moins et maigrit. — Rien à la *percussion* en avant, mais, à l'auscultation, on entend des craquements secs et fins dans tout le sommet du poumon droit. — Au sommet gauche, en avant, frottements et gros râles. En arrière, matité aux deux sommets et mêmes bruits à l'auscultation. — Huile de foie de morue ; vin de quinquina ; sirop d'iode de fer.

2 déc. — T. R. 37°, 9. — Soir : T. R. 38°.

3 déc. — *Matin et soir* : T. R. 37°, 4.

4 déc. — T. R. 37°, 6. — Soir : T. R. 39°, 5.

5 déc. — T. R. 37°, 4. — Soir : T. R. 39°, 2.

6 déc. — T. R. 37°, 2. — Soir : T. R. 38°.

7 déc. — T. R. 37°, 7. — Soir : T. R. 38°, 7.

Petite *eschare* sur le grand trochanter droit ; érythème symétrique de la région sacrée, avec une plaque noire et quelques petits points noirâtres circulaires au milieu (*eschares* au début). — Soir : T. R. 39°, 2.

11 déc. — T... refuse absolument les médicaments. — T. R. 38°, 2. — Soir : T. R. 39°.

12 déc. — T. R. 38°. — Submatité sous les deux clavicules, plus prononcée à gauche ; la respiration est dure ; gros râles humides et gargouillements à gauche et en arrière. — La matité et les râles sont plus marqués à gauche. — Soir : T. R. 38°, 2.

13 déc. — T. R. 37°. — La malade a beaucoup maigri. Poids : 26 kilog. — Soir : T. R. 38°, 6. Sulfate de quinine, 0 gr. 40.

14 déc. — T. R. 38°, 5. Les *eschares* de la région trochantérienne et de la région sacrée ont grandi ; la malade défait le pansement à chaque instant. — Julep. ext. quinquina. — Sulfate de quinine. — Lait. — T. R. 36°, 6.

15 déc. — T. R. 36° (?). — Soir : T. R. 40°. Diarrhée.

16 déc. — T. R. 38°, 2. La diarrhée continue, elle est devenue séro-sanguinolente ; — les *eschares* grandissent. — Soir : T. R. 38°, 8.

17 déc. — T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°, 8.

Pendant la visite du matin, T... est prise d'un *accès* :

Tête déviée à gauche subitement, nystagmus transversal très-acceléré ; face très-congestionnée ; mâchoire inférieure tirée à droite ; rigidité égale des quatre membres. Cette période dure environ 20 secondes.



Puis, pâleur de la face; la mâchoire revient dans l'axe, la tête également. Le nystagmus cesse, les yeux deviennent hagards; les membres entrent en résolution; anhélation.

Pas de stertor, seulement quelques gémissements plaintifs qui, d'ordinaire, durent environ une heure, au dire de la surveillante. Il n'y a pas eu de cri au début de l'attaque et la malade n'a pas averti.

18 déc. — T. R. 37°,2. — Soir : T. R. 38°,8. On remplace l'huile de foie de morue, que la malade refuse, par le *lœumys* Edwards qu'elle boit sans trop se faire prier. — Sulfate de quinine. Les symptômes thoraciques persistent, plus accentués; T... maigrit de plus en plus et perd ses forces. T. R. 38°. — Soir : T. R. 39°,2.

20 déc. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°.

21 déc. — T. R. 38°,3. La malade a eu hier, vers 3 heures de l'après-midi, une défaillance qui a duré une heure. *Mort* le 23 à une heure du matin.

AUTOPSIE le 23 décembre. — *Poumons*. — Pas d'épanchement dans les plèvres; adhérences multiples sur tout le poumon gauche, plus solides au sommet. — A la coupe, le poumon gauche est farci de tubercules gris et jaunes; quelques cavernes au sommet et le long du bord postérieur. — *Poumon droit*, mêmes lésions; les cavernes y sont moins nombreuses et plus petites.

*Cœur*. — 240 gr.; les quatre cavités sont remplies de caillots mous; rien aux valvules. — *Rate*: 90 gr., normale. — *Fois*: 830 gr., un peu gras; point de calculs dans la vésicule. — *Reins*: dr. 65 gr.; ga. 70 gr., normaux, la capsule se détache facilement. — Ovaire, vessie, rien.

*Tête*. Os, rien, sauf la forme déjà signalée dans l'observation. Point d'augmentation du liquide céphalo-rachidien. — La *dure-mère* est très-épaissie, surtout sur l'hémisphère gauche: elle présente là, à un centimètre en dehors du sinus longitudinal supérieur, une *plaque calcaire triangulaire*, qui recouvre le lobe pariétal et la partie postérieure du lobe frontal; sur ces mêmes points elle est très-adhérente à la substance cérébrale; partout ailleurs on la détache facilement de l'encéphale.

*Encéphale*. — Poids: 980 gr. A première vue, on est frappé de la différence de volume qui existe entre les deux hémisphères: les mesures confirment le fait: la longueur de l'hémisphère gauche est de 41 centimètres et demi, celle de l'hémisphère droit de 17 centimètres.

L'hémisphère cérébral gauche pèse 320 gr.; le droit 540 gr. — L'hémisphère cérébelleux gauche pèse 70 gr. et le droit 40 gr. L'hémisphère cérébelleux droit est beaucoup plus ferme au

toucher que le gauche; à la coupe, il résiste, paraît comme induré.

On détache la pie-mère, très-injectée sur toute la convexité de l'hémisphère droit; plus injectée encore sur l'hémisphère gauche, et présentant sur toute la convexité de larges taches d'un rouge ecchymotique ou violacé. Ces taches sont d'autant plus grandes et d'autant plus foncées, que l'on se rapproche davantage de la scissure de Sylvius. La pie-mère est un peu épaissie.

La *bandelette optique gauche* est notablement plus petite ( $\frac{1}{3}$  environ) que la droite: l'*éminence mamillaire* gauche est beaucoup plus petite que la droite (moitié environ); le *pedoncule cérébral gauche* est notablement plus petit que le droit. Le côté gauche de la protubérance est affaissé; la *pyramide antérieure gauche* est aussi plus petite que celle du côté droit; les olives paraissent égales. — On n'a point remarqué de différence entre les deux côtés de l'hexagone artériel, ni entre les artères qui en partent.

Après l'ablation de la pie-mère, on constate mieux encore l'*atrophie de l'hémisphère gauche*. Les *circonvolutions* sont toutes atrophiées, les circonvolutions *frontale* et *pariétale ascendante*, la première circonvolution frontale et le *lobe paracentral* sont considérablement atrophiés, ratatinés et c'est là qu'existe la *lésion primitive*. Par comparaison avec elles, les circonvolutions sphénoïdales sont assez développées, mais moins que les circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit. Les circonvolutions occipitales sont, elles aussi, notablement atrophiées. Les masses centrales et le ventricule latéral ne sont pas lésés.

*Hémisphère droit.* — Les circonvolutions sont assez volumineuses et les masses centrales, ainsi que le ventricule latéral, n'offrent rien de particulier.

*Muscles.* — Les muscles de l'avant-bras du côté droit sont un peu plus grêles et moins colorés que leurs homologues du côté gauche, mais ils ne sont point atteints d'atrophie graisseuse.

L'*hémiplegie*, chez cette malade, paraît être due à des *convulsions* sur lesquelles les renseignements font défaut. Elle semble s'être accusée peu à peu. Les membres paralysés étaient parfois atteints d'un tremblement convulsif qui tantôt succédait aux accès, tantôt apparaissait spontanément. De plus, il s'est produit, autrefois, sur la jambe paralysée *sept abcès* qui ont laissé des cicatrices n'offrant pas l'aspect des cicatrices consécutives à des nécroses. Est-ce là un accident qu'il faut rattacher à la paralysie? S'agit-il là d'une variété de troubles trophiques? Nous n'oserions nous prononcer d'une façon catégorique.

Le traitement par le *bromure de sodium* n'a pas donné de bons résultats. Il a été administré du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 1878; durant cette période, on a compté 14 *accès* et 14 *vertiges*; tandis que dans la période correspondante de 1877, on n'avait enregistré que 13 *accès* et 8 *vertiges*. L'augmentation des *vertiges* est considérable, mais elle ne peut être mise au passif du médicament, car dans les quatre mois qui ont précédé le traitement, T... en avait eu 93.

Signalons enfin la *lésion des circonvolutions frontale et pariétale ascendante*, avec prédominance dans la *moitié supérieure*, et celle du *lobe paracentral*; — l'atrophie de l'*hémisphère cérébral droit* et de l'*hémisphère cérébelleux gauche*.

**20. Alcoolisme chronique. — Hépatite conjonctive diffuse aiguë. — Dégénérescence graisseuse des cellules du foie. Ictère;** par M. BAZY, interne des hôpitaux.

Béch..., Louise, âgée de 38 ans, est entrée le 5 avril 1878 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, 18, service de M. LANCEREAUX.

Cette femme, née de parents alcooliques, a pris l'habitude de boire depuis l'âge de 8 ans; elle avoue consommer beaucoup de vin, plus un à deux petits verres d'eau-de-vie par jour. Toujours est-il qu'elle présente les signes d'une intoxication chronique par l'alcool à forme hyperesthésique.

Malaise depuis deux mois, elle est surtout malade depuis dix jours et dans l'impossibilité de rien faire.

A son entrée, la station verticale est impossible, hyperesthésie très-marquée aux quatre membres et à la peau de l'abdomen. Crampes dans les mollets, tremblement considérable de la main, des lèvres et de la langue, sensation de fourmillements et de picotements aux extrémités des membres, coloration légèrement jaunâtre des sclérotiques; pas d'ascite.

Foie douloureux à la percussion débordant notablement les fausses côtes.

18 avril. — Les crampes ont disparu, l'hyperesthésie diminuée, avant de s'endormir la malade a eu beaucoup d'hallucinations.

20. — Ictère des sclérotiques se prononce de plus en plus. Toux sèche non quinteuse, sans expectoration.

21. — Toux plus fréquente, quelques râles humides à la base du poumon droit, sonorité diminuée à la base du poumon gauche, où on trouve aussi quelques râles humides.

22. — Submatité aux deux bases avec râles sous-crépitaux. Teinte ictérique prononcée des sclérotiques, subictérique des téguments, le foie a encore augmenté de volume et descend

presque jusqu'à l'ombilic — il est un peu moins douloureux à la percussion — vive douleur au creux épigastrique.

26. — Léger œdème du pied gauche.

27. — L'œdème a envahi la jambe gauche.

30. — L'œdème atteint le pied droit, teinte très-marquée de la face, subictérique dans le reste du corps.

2 mai. L'œdème a envahi la jambe droite. Prurit vulvaire, T. A. le soir 38° 6.

3. — T. 37° 6, soir 39°. Incontinence des matières fécales et de l'urine.

4 et 5. — Langue sèche, délire la nuit. T. 37° le matin. L'acide nitrique révèle dans l'urine la présence de la matière colorante biliaire. Les selles ne sont pas décolorées.

9. — Accès de dyspnée le soir, 38°, 6.

10. — T. 38°, 2. — Dyspnée persistante. Léger souffle à la base gauche, nombreux râles sous-crépitants à la base du poumon droit, œdème plus prononcé aux jambes, moindre aux cuisses, il semble y avoir de la faiblesse des extenseurs des pieds et des orteils, de même des extenseurs de la jambe, la malade peut fléchir les jambes mais non les élever au-dessus du plan du lit. T. 39°, 4.

11. — T. 37°, 9, grande agitation, délire toute la nuit, la malade voulait à chaque instant se lever, frémissement au niveau de la région précordiale, T. 39°.

13. — T. 38°, 6, carphologie assez accentuée. Renversement des globes oculaires, délire très-marqué, perte de connaissance absolue, langue sèche, rôtie, l'application d'un sinapisme à la région précordiale a produit de la vésication. Mort à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. — Pas de liquide dans l'abdomen. Epiploon, mésentère chargé de graisse, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

Le foie pèse 3.520 grammes et mesure dans ses diamètres: antéro-postérieur 31 centimètres ;

|                     |    |   |
|---------------------|----|---|
| » transversal ..... | 33 | » |
| » vertical .....    | 10 | » |

il a l'aspect cubique et s'étend de la cinquième côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. Injection de la surface de ce viscère au-dessous de la capsule de Glisson qui n'est pas épaissie. Coloration jaune d'ocre. Le foie est à peine granulé, et seulement à la partie supérieure du lobe gauche.

A la coupe, pas de granulations bien manifestes, toutefois la surface de la coupe n'est pas tout à fait égale et les lobules sont distincts. Les bords sont assez tranchants.

La consistance du foie est ferme : il se déchire assez difficilement et s'écrase après avoir présenté de la résistance. Veines

et canaux hépatiques élargis comme s'ils étaient dus à l'accroissement de l'organe. A l'œil nu, M. Lancereaux nous affirme que c'est là un cas d'hépatite conjonctive avec dégénérescence graisseuse des cellules.

Estomac. — Petit, injecté principalement dans la région du cardia, saillie de glandes dans la région pylorique.

Pancréas chargé de graisse. Reins lobulés, simplement congestionnés.

Utérus. Pelvi-péritonite rétro-utérine, adhérences de la face postérieure de l'utérus avec le rectum. Ovaires libres, petits, peu de vésicules de Graaf. Intestins simplement injectés.

Poumons refoulés en haut, présentent d'anciennes adhérences, absence de pleurésie récente; congestion généralisée, affaissés et atelectasiés aux bases. Au sommet de l'un d'eux quelques granulations crétacées et pigmentaires.

Cœur, ventricules dilatés, flasques, chargés de graisse à la base et remplis de sang liquide noir, myocarde jaunâtre graisseux, tubercules d'Aranzi épaissis et vilieux, valvule mitrale saine. L'aorte présente à 2 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes des plaques saillantes d'endartérite qui ont déjà disparu au niveau de la crosse.

Rate excessivement diffluente laissant écouler un contenu rouge foncé analogue à un corps gras demi-fluide.

A la face inférieure du foie, ganglions augmentés de volume : quelques-uns sont ramollis et vascularisés dans quelques points, d'autres sont indurés, jaunes et caséeux.

Bile de la vésicule très-épaisse présentant une grande quantité de matière colorante, ce qui semble indiquer une exagération plutôt qu'une diminution dans la sécrétion.

Cerveau : très-légère opalinité de la convexité, rien à la base, artères cérébrales saines. Décortication des méninges facile, circonvolutions pâles, fermes, non atrophiées mais décolorées, très-blanches; rien à la coupe. Moelle un peu molle, injectée à sa surface. L'extenseur commun desorteils des deux côtés paraît moins coloré que les muscles voisins.

Masse de graisse énorme dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Rien de spécial dans les articulations si ce n'est une toute petite érosion du cartilage rotulien.

*Examen histologique du foie* pratiqué par M. Ch. Rémy, directeur du laboratoire de la Charité.

Le foie était lisse à la coupe, et l'on n'apercevait pas à sa surface d'ilot distinct comme cela s'observe dans la cirrhose.

Sur une coupe examinée au microscope à un faible grossissement, on constate de suite que la plupart des cellules du foie sont graisseuses, mais de plus, on observe que la veine cen-

trale du lobule est entourée par une zone de tissu conjonctif facile à voir par la coloration rouge plus foncée qu'il a prise sous l'influence du carmin. On remarque un état semblable à la périphérie des lobules : la capsule de Glisson a été le point de départ d'une hyperplasie conjonctive qui s'étend en rayonnant.

On ne voit pas de ceinture complète autour d'un lobule : il paraît, au contraire, à ce grossissement, exister une infiltration diffuse des éléments du tissu conjonctif entre les cellules hépatiques, et cette infiltration a son centre dans tous les points où l'on trouve à l'état normal le tissu conjonctif en certaine abondance, c'est-à-dire la capsule de Glisson et d'autre part, l'enveloppe des vaisseaux sus-hépatiques.

A un plus fort grossissement, on constate qu'au niveau des vaisseaux-porte l'altération du tissu conjonctif est formée par la multiplication des éléments fusiformes et ronds de ce tissu ; tout à fait à la périphérie les éléments ronds existent seuls ; on distingue dans cette gangue conjonctive l'artère hépatique, la veine-porte, des capillaires, des canalicules biliaires : ces derniers ne sont pas ni dilatés ni augmentés de volume.

Comme on avait pu en juger à l'aide d'un petit grossissement, cette sclérose n'est pas nettement limitée par un bord tranché comme habituellement dans la cirrhose : au contraire, il existe un nombre considérable de prolongements qui s'enfoncent dans le lobule : on voit que chaque cellule est circonscrite par une zone de sclérose qui est deux ou trois fois plus épaisse que la cellule hépatique elle-même : cette zone conjonctive péri-lobulaire diminue d'épaisseur à mesure qu'on s'enfonce dans le lobule.

La même distribution de l'altération s'observe dans les environs de la veine sus-hépatique.

Quant aux cellules propres du foie, celles qui sont entourées par une zone épaisse de sclérose sont tout à fait altérées : leurs parois sont flétries ; elles sont remplies par des gouttelettes irrégulières de matière grasse, ou bien elles ne soutiennent plus que quelques granulations jaunâtres. Le noyau a disparu, les autres cellules comprises dans les limites de cette gangue conjonctive sont altérées plus ou moins dans le même sens. Dans la partie la plus éloignée de ces foyers de sclérose, les cellules sont encore altérées. Les unes sont remplies par des gouttelettes de graisse comme dans le foie gras, les autres, en très-petit nombre, possèdent toutes leurs parties constitutantes, mais sont hypertrophiées.

J'appellerai l'attention sur un petit nombre de points : d'abord la marche rapide de la lésion, la forme rémittente de la

fièvre, l'augmentation considérable de volume du foie, les antécédents de la malade. Cette lésion est tout à fait distincte de la cirrhose biliaire. Les canaux biliaires n'étant pas altérés, la dénomination de cirrhose hypertrophique serait vicieuse parce qu'elle ne viserait qu'un caractère accessoire et aurait le privilège de la faire confondre avec la cirrhose biliaire.

On pourrait en se fondant sur les caractères cliniques l'appeler *ictère grave*, et aussi *hypertrophie jaune aiguë*, par opposition au mot *atrophie jaune aiguë* qui a été employé pour désigner cette dernière maladie, il vaut mieux la désigner par des caractères qui rappellent la nature de la lésion, sa marche, son origine et dire que l'on est en présence d'une *hépatite conjonctive diffuse aiguë avec dégénérescence graisseuse des cellules, d'origine alcoolique*.

#### 21. Fœtus atteint d'ichthyose congénitale; par M. HOUEL.

Ce fœtus m'a été remis, pour le musée Dupuytren, par M<sup>me</sup> Plattier, sage-femme. Il était à terme, au dire de la sage-femme qui a pu en outre me fournir les renseignements suivants : La mère avait 19 ans et le mari 26 ; ils sont tous deux bien constitués ; ce sont deux cousins germains, enfants des deux sœurs. L'oncle de ces jeunes gens était atteint de pieds-bots. Il eut deux fils qui eurent également des pieds-bots. Quant à la mère de cet enfant, la sage-femme, en octobre 1876, l'avait accouchée d'un enfant qu'elle m'a affirmé être en tout semblable à celui-ci ; il a vécu 10 heures, ce dernier a vécu 27 heures.

Ce fœtus, bien conformé du reste, présente une hypertrophie très-notable de l'épiderme, qui s'est déchiré, séparé en plaques d'étendue variable, ainsi que le prouve la direction des fissures qui les séparent. Cette hypertrophie épidermique, ainsi que les fentes qui en sont la conséquence, sont plus accusées sur le tronc, la tête et les membres supérieurs, que sur les inférieurs. Cette hypertrophie existe à peine aux jambes ; on la retrouve aux pieds avec un certain développement. Les lamelles ou couches épidermiques se détachent facilement de la peau ; elles tombent d'elles-mêmes.

Cette adhérence des plaques épidermiques hypertrophiées coïncide avec une altération du corps papillaire, comme cela résulte de l'examen microscopique fait au laboratoire du Collège de France, par M. Chambard, qui a donné le résultat suivant :

**22. Plaques cornées congénitales de la peau. — Note additionnelle à la présentation de M. Houel. — Examen microscopique ;** par Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur au Collège de France.

M. HOUEL présentait, dans une des dernières séances de la Société anatomique, un enfant nouveau-né dont toute la surface du corps était couverte de larges plaques surélevées, dures et jaunâtres, séparées par des sillons au niveau desquels la peau présentait son épaisseur et sa coloration normales ; il émit l'opinion que ces plaques étaient constituées par une hypertrophie partielle ou totale de la peau et rappela un examen microscopique de M. le professeur Robin qui, dans un cas semblable, constata une hypertrophie notable de la région papillaire du derme.

Nous devons à M. Houel d'avoir pu examiner, au Collège de France, des fragments de peau de la région crurale de cet enfant et nous avons l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de cet examen.

Les fragments de peau ont été pris sur les limites des plaques, de telle sorte que chaque fragment présente deux régions : une épaisse répondant à la plaque dure et une mince qui correspond aux sillons de peau, saine en apparence, qui la séparent des plaques voisines. Ils ont été durcis par macération successive dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool, et les coupes ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque en solution à un pour cent.

Nous avons fait les coupes dans trois directions différentes : les unes parallèlement à la surface de la peau, les autres perpendiculairement à celle-ci, de manière à intéresser à la fois les parties minces et les parties épaisses ; les dernières, enfin, dans une direction perpendiculaire à celle de ces dernières, et n'intéressant que les parties hypertrophiées.

*A. — Coupes intéressant les portions épaisses et minces.* — Sur ces coupes, nous parlerons d'abord des diverses couches qui présentent des caractères communs dans les parties épaisses et les parties minces, et se continuent des unes aux autres sans modification, puis nous décrirons la couche hypertrophiée et nous la comparerons à la couche homologue des parties dont l'épaisseur est normale.

Le derme ne présente aucune modification ; il repose sur une couche épaisse de tissu cellulo-adipeux ; aucune altération n'est à signaler ni dans la vascularisation, ni dans les glandes sébacées et sudoripares qu'on rencontre dans son épaisseur.



Les papilles sont presque toutes coupées transversalement et apparaissent, par conséquent, comme des cercles roses occupés par des vaisseaux coupés en travers et séparés les uns des autres par un réseau de cellules épithéliales appartenant au corps muqueux de Malpighi. On peut déjà constater sur ces préparations que les papilles ne sont pas hypertrophiées, au moins dans le sens de leur épaisseur.

Le corps muqueux de Malpighi présente également, dans les deux régions, une épaisseur uniforme et normale.

Nous voyons donc que, jusqu'ici, les diverses couches du revêtement cutané: tissu cellulo-adipeux, derme, corps papillaire et couche de Malpighi sont, non-seulement saines, mais présentent une épaisseur égale et un aspect identique dans les portions épaissies aussi bien que dans les portions minces. Mais l'étude de la couche cornée de l'épiderme va nous rendre compte de ces différences d'épaisseur, d'apparence et de consistance.

Dans les portions minces, en effet, la couche cornée offre une épaisseur de 40  $\mu$  à 50  $\mu$ , uniforme et interrompue seulement de distance en distance par de légers renflements qui répondent à la section transversale de conduits excréteurs de follicules pilo-sébacés.

Dans les portions épaissies on voit, par une transition tout à fait brusque, la couche cornée acquérir une épaisseur de 1200 à 2200  $\mu$  et par conséquent variable du simple au double, selon les plaques examinées; elle est constituée par des systèmes de lamelles épidermiques dont les unes affectent une disposition concentrique, de manière à former des figures qui rappellent les globes épidermiques, et les autres s'étendent parallèlement à la surface de la peau et constituent un système de lamelles intermédiaires à ces globes.

Au centre des figures qui, par la disposition des cellules sphéroïdales, simulent des globes épidermiques, se voient des orifices arrondis qui renferment pour la plupart des détritits ayant le reflet des matières grasses et un poil qui apparaît sur une section transversale comme une corde colorée en jaune par l'acide picrique.

Dans les systèmes intermédiaires, on voit également de petits orifices arrondis dont le contour est coloré en rouge par le carmin et qui répondent à l'ouverture des glandes sudoripares à la surface de la peau.

Il résulte donc de l'examen de ces coupes que la couche cornée de l'épiderme, considérablement épaissie, est parsemée de figures qui répondent à la section transversale des gaines des follicules pilo-sébacés, très-abondants en cette région, et des canaux excréteurs des glandes sudoripares. Il semble-

rait peut-être singulier que sur une coupe normale à la surface de la peau, les papilles et les poils apparaissent ainsi coupés transversalement, si on ne réfléchissait pas à l'obliquité de ces éléments, par rapport à la surface du derme, de telle sorte que toute section qui ne sera pas rigoureusement parallèle à l'axe des papilles et des follicules pilo-sébacés, donnera forcément des figures semblables à celle que nous venons de décrire.

*B. — Coupe des portions épaisses seules.* — Une seconde coupe, perpendiculaire à la précédente, pourra nous éclairer sur le degré d'obliquité des poils et des papilles, et nous montrer ceux-ci et celles-là dans le sens de leur longueur.

Sur ces préparations, on voit très-nettement que les papilles ne sont pas plus hypertrophiées dans le sens de leur longueur que nous ne les avons vues hypertrophiées dans celui de leur épaisseur. Les poils et canaux excréteurs des glandes sébacées, très-nombreux et parallèles entre eux, se détachent du derme sous une obliquité d'environ 45° et traversent la couche cornée de l'épiderme, en s'accompagnant d'une gaine externe épaisse, dont la section transversale donne lieu à l'apparence globuleuse que nous avons mentionnée plus haut.

**CONCLUSION.** — Il résulte de ces faits que l'épaississement en plaques de la peau, qui fait l'objet de cette étude, est uniquement constitué par l'épaississement brusque et considérable de la couche cornée de l'épiderme et que la couche de Malpighi, la couche papillaire et le derme ne participent aucunement à cette hypertrophie.

Cette affection, congénitale et qui, dans l'espèce, coïncidait avec d'autres anomalies de développement, est donc comparable en tous points à une ichthyose de dimensions colossales.

**23. Oblitération par embolie d'une branche de l'artère sylvienne se rendant aux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. — Monoplegie brachiale transitoire. — Rétablissement de la fonction au bout de deux jours; par**  
A. POULIN, interne des hôpitaux.

Le cerveau que nous présentons est celui d'un ancien tuberculeux mort le 17 décembre dernier dans le service de notre maître M. le Dr Blachez à l'hôpital Necker.

Le malade avait présenté des symptômes qui se trouvent expliqués par les lésions constatées à l'autopsie. — L'écorce cérébrale est intacte. Nous ne voyons nulle part au niveau des circonvolutions motrices, de point de ramollissement super-

fiel. Soulevant la partie antérieure du lobe sphénoïdal, du côté droit nous apercevons l'artère sylvienne qui se divise tout d'abord en deux branches, l'une postérieure, l'autre antérieure.

La branche postérieure fournit des rameaux aux circonvolutions sphénoïdales. De la branche antérieure nous voyons naître deux rameaux qui se portent à la face inférieure du lobe frontal et à la troisième circonvolution frontale. Puis l'artère se bifurque; l'une des branches de bifurcation se porte au fond de la scissure de Sylvius vers le pli courbe; l'autre gagne le sillon rolandique et là se divise en deux rameaux pour les circonvolutions pré et post-rolandiques. Or, juste au niveau de l'éperon qui résulte de la bifurcation de l'artère, nous voyons un caillot blanc remplissant le calibre du vaisseau et se prolongeant dans les deux branches de bifurcation : celle qui va gagner le sillon de Rolando, et celle qui se dirige vers le pli courbe.

Telle est la seule lésion qu'on puisse constater sur ce cerveau.

Le cœur contenait des caillots blancs mais évidemment récents; les poumons présentaient des cavernules nombreuses et étaient remplis de tubercules caséeux.

Voyons quels symptômes ont été produits par cette oblitération artérielle :

*Le 10 décembre*, le malade présente des signes cavitaires aux deux sommets. Affaiblissement extrême dans la matinée, il veut boire et prend son verre de la main gauche; mais brusquement il lâche son verre, et le bras tombe inerte sur son lit.

Depuis ce moment, paralysie complète du bras gauche, sans contracture, sans anesthésie. Les pulsations de l'humérale, de la radiale sont normales. Il n'y a rien du côté de la jambe, pas de paralysie faciale.

*11 décembre.* — Même état.

*12 décembre*, le malade peut faire quelques mouvements, mais avec difficulté; flexion et extension de l'avant-bras sur le bras et du bras sur le tronc. Tout mouvement de la main et des doigts est impossible.

*14 décembre.* — Les mouvements sont revenus également dans la main.

*17 décembre, soir.* — Le malade succombe aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

RÉFLEXIONS. — Ce fait peut venir s'ajouter à tous ceux qui prouvent déjà l'existence des centres moteurs des membres au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. La circulation est brusquement interrompue au niveau

de ces circonvolutions, la fonction cesse subitement; il y a une paralysie complète. Puis les anastomoses avec les territoires vasculaires voisins permettent le rétablissement de la circulation avant que la mortification des éléments nerveux ait eu le temps de se produire, et les mouvements renaissent dans le membre paralysé.

On sait que les recherches de M. Duret ont établi que les anastomoses entre les territoires vasculaires sont peu nombreuses; cependant elles sont suffisantes pour que la circulation puisse se rétablir. S'il n'y a pas eu de paralysie du membre inférieur chez notre sujet, c'est que vraisemblablement la pariétale ascendante recevait quelques vaisseaux d'une autre branche artérielle.

On ne peut invoquer ici la suppléance par une autre partie de l'écorce puisqu'il n'y avait pas de lésions des circonvolutions motrices. Il y a eu manifestement, croyons-nous, anémie brusque, puis rétablissement de la circulation grâce aux anastomoses qui existent entre les territoires vasculaires.

#### **24. Exostose épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia; par CH. FÉRÉ, interne.**

J'ai trouvé cette pièce sur le cadavre d'une femme de 35 à 40 ans disséquée à l'Ecole pratique, je ne puis donc donner aucun renseignement sur les antécédents.

On trouve sur la face postérieure du tibia gauche, près de l'extrémité supérieure, une exostose, présentant la forme d'un ovoïde aplati d'avant en arrière, dont l'axe longitudinal a 7 centimètres et demi, et l'axe transversal un peu moins de 3 centimètres. La face postérieure de l'exostose est lisse, elle était séparée du jumeau interne par une couche de tissu conjonctif lâche; sa face antérieure s'implante sur le tibia par un pédicule très court et étroit présentant à peu près 2 centimètres d'étendue suivant l'axe longitudinal. — Cette implantation commence à 6 centimètres au-dessous du plateau tibial, elle paraît suivre la direction de la ligne oblique et elle sépare les insertions du poplité et du soléaire qui sont en partie recouvertes par la tumeur.

A son extrémité supérieure l'exostose offre deux prolongements amincis en lamelles, appliqués sur la face postérieure du poplité et indépendants des tendons ou ligaments. L'articulation du genou est absolument saine. Il n'existe pas de tumeur semblable vers les extrémités des autres os, cependant en raison de son siège et de sa forme, il semble que ce doit être une de ces productions que M. Broca a rattachées à l'évolution du cartilage de conjugaison, et désignées sous les

noms d'exostose épiphysaire ou de croissance etc. (La pièce a été déposée au musée Dupuytren).

**25. Tuberculose pharyngo-laryngée. Nécrose et fracture spontanée du cartilage thyroïde; par Ernest GAUCHER, interne des hôpitaux.**

Louis H... âgé de 63 ans, était soigné à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Polaillon, depuis plus d'un an, pour des ostéites suppurées multiples du sternum et de plusieurs côtes.

L'année dernière, il avait été amputé de la jambe gauche pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne (amputation sus-malléolaire).

Depuis plusieurs mois, cet homme, scrofuleux au plus haut degré, était atteint de phthisie laryngée. Il était devenu complètement aphone; il toussait beaucoup, avait de la fièvre hectique, maigrissait de jour en jour, et ne mangeait presque plus, tant à cause de son état cachectique, que de la dysphagie qui tenait à des ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte. Mais il est important de noter que jamais il n'eut d'accès de suffocation ni de dyspnée.

Ce malade mourut épuisé le 12 décembre 1878. A l'autopsie, j'ai trouvé une tuberculose miliaire généralisée des deux poumons, des adhérences pleurales intimes des deux côtés, et des lésions tuberculeuses très avancées du pharynx et du larynx.

Sur la muqueuse pharyngée, on peut voir de nombreuses granulations miliaires tuberculeuses et plusieurs ulcérations. L'épiglotte est en partie détruite et comme déchiquetée, surtout sur le bord droit.

La muqueuse du larynx est couverte d'ulcérations très profondes dans toute la portion sus-glottique. Les cordes vocales supérieures ne subsistent plus qu'à l'état de vestiges; les inférieures sont beaucoup moins altérées. La muqueuse est entièrement détruite en avant sur la ligne médiane, au niveau de l'angle rentrant du cartilage thyroïde. Celui-ci est ossifié et nécrosé; ses deux lames sont séparées l'une de l'autre par une perte de substance assez large, irrégulière, correspondant à la destruction de la muqueuse: de sorte que l'intérieur du larynx communique directement avec un petit foyer purulent pré-laryngé, qui soulève l'enveloppe fibreuse externe et les muscles de la face antérieure du cartilage thyroïde. Il y a là une sorte de fracture spontanée, consécutive à la nécrose du cartilage après ossification, et qui, sur le

larynx recouvert de ses parties molles, donnait par la palpation une crépitation osseuse très facile à percevoir.

**26. Hydatides du cerveau, du cœur et des reins. — Arrêt de développement de l'utérus et des ovaires; par le Dr RENDU.**

La nommée Eugénie Lebreton, âgée de 32 ans, est admise le 30 juillet 1878, à la Pitié, salle Sainte-Claire, dans le service de M. Peter.

C'est une femme petite, d'apparence chétive, et qui frappe au premier abord par l'expression masculine de ses traits, et la prédominance du système pileux sur ses lèvres et ses joues. L'examen du corps confirme cette première impression. Cette fille est absolument dénuée de mamelles; les poils du bas ventre remontent vers l'ombilic; les membres supérieurs et inférieurs sont velus. Cependant, les organes génitaux externes sont bien conformés. Le toucher vaginal est impossible à cause de l'étroitesse de l'orifice vulvaire; le toucher rectal ne permet de sentir aucune trace d'utérus.

Ces détails ont été recueillis pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Elle y était entrée pour des malaises mal définis. Les personnes qui l'avaient amenée racontaient que depuis plusieurs mois son intelligence baissait, qu'elle devenait en quelque sorte idiote. Employée autrefois comme domestique, elle n'était plus capable de faire aucun service, et quoiqu'elle se portât bien en apparence, elle restait somnolente et sans activité, constamment inoccupée, et comme engourdie.!

En examinant avec soin cette jeune fille, au moment où je pris le service de M. Peter, en août dernier, je constatai la présence, dans la région de la base du cœur, d'un double bruit de souffle râpeux, se prolongeant vers l'aorte. Le premier bruit systolique, était sourd et rude; le second bruit un peu plus filé, mais moins doux que le bruit classique de l'insuffisance aortique. Il était évident qu'il y avait une lésion à la base de l'aorte, donnant lieu à un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice. Le rétrécissement paraissait l'emporter sur l'insuffisance, car on ne constatait ni battements artériels, ni poulx de Corrigan, ni crochet au tracé sphygmographique.

Rapprochant ces lésions de l'apparence extérieure de la malade, de son état intellectuel voisin de l'idiotisme, je supposai qu'il s'agissait d'une endocardite congénitale, chez une fille ayant un arrêt de développement des organes génitaux, et probablement aussi un certain degré d'atrophie des circonvolutions cérébrales. Ce qui me confirmait dans cette dernière supposition, c'est qu'il était impossible de tirer le moindre

renseignement de la malade; à peine pouvait-elle dire son nom, elle ignorait son adresse, ne connaissait rien de son passé, n'adressait pas la parole à ses voisines, bien qu'elle ne fût ni aphasique, ni muette; en un mot, elle restait dans une somnolence et une apathie habituelle, laissant échapper inconsciemment ses urines et ses garde-robes. La malade était bien réglée.

Dans les premiers jours de septembre, elle cessa tout à coup de manger, et fut prise d'accidents méningitiques avec fièvre, accélération du pouls, roideur de la nuque, contraction des pupilles, sans paralysie ni convulsions; la mort survint dans le coma au bout de 48 heures. Il est à noter que pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital, elle ne présenta jamais aucun trouble moteur; elle n'était point paralysée, ni même affaiblie d'aucun membre; elle n'eut point de secousse ni de convulsion d'aucune espèce, rien en un mot qui indiquât l'existence d'une lésion localisée de l'encéphale. Elle ne tousait pas, et bien que j'eusse pensé un instant à la possibilité d'une méningite tuberculeuse, je ne m'arrêtai pas à ce diagnostic.

L'autopsie confirma une partie de mes prévisions, mais révéla des lésions inattendues.

Il existait, en réalité, un arrêt de développement des organes génitaux profonds. Au-delà de la vulve et du vagin, qui étaient normaux, quoique fort étroits, se voyait une sorte de petit corps fibreux, gros comme une noisette, représentant l'utérus; à ses deux angles s'abouchaient des rudiments de trompes qui se reliaient à deux autres petits noyaux, indice des ovaires.

Ces organes n'étaient pas plus développés que ceux d'un fœtus à terme; et ceci concordait bien avec les renseignements fournis par les personnes qui connaissaient cette malade, lesquelles affirmaient qu'elle n'avait jamais témoigné aucun désir sexuel.

L'examen du cerveau, du cœur et des reins amena des découvertes intéressantes.

*Cerveau*, de petit volume; méninges un peu louches et congestionnées; liquide sous-arachnoïdien abondant. L'hémisphère droit est manifestement plus dur que le gauche, et paraît atrophié dans sa partie antérieure. En soulevant l'organe, on découvre un volumineux kyste hydatique, occupant toute la fosse frontale droite sous-méningée, ayant pénétré sous les circonvolutions inférieures du lobe frontal, qui est réduit dans sa portion antérieure à une mince lamelle encéphalique. En arrière, ce kyste hydatique empiète jusqu'au lobe sphénoïdal qui est creusé d'une loge au niveau de la

scissure de Sylvius. Il comprime par conséquent les circonvolutions situées immédiatement en dehors du lobule olfactif et la substance nerveuse sous-jacente aux circonvolutions frontales. Celles-ci sont un peu diminuées de volume, mais non détruites. Il est à remarquer que la frontale et la pariétale ascendantes n'offrent aucune altération et ne sont même pas comprimées. Seule, la troisième frontale droite est notablement plus grêle que sa congénère du côté gauche.

Le kyste hydatique ouvert a laissé échapper un grand nombre de vésicules filles, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une petite noix. La tumeur avait environ le volume du poing d'un enfant de 10 ans.

Le cœur présentait une lésion analogue. Au niveau de la partie supérieure de la cloison ventriculaire, une tumeur kystique également formée par des hydatides, s'était développée entre les fibres musculaires, emplissant sur le ventricule droit et faisant saillie dans le ventricule gauche immédiatement au-dessous de l'orifice aortique. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, rétrécissait ainsi notablement le calibre de l'aorte à son point d'émergence, et produisait le souffle systolique. Quant à l'insuffisance, elle était causée par une altération des valvules sigmoïdes de l'aorte qui s'étaient enflammées par voisinage.

Enfin, il existait dans le rein droit (lequel était unique), deux kystes hydatiques gros comme de petites noix, situés sur la périphérie du parenchyme cortical, qui n'avaient donné lieu pendant la vie à aucun phénomène appréciable.

On ne trouva aucune vésicule hydatique dans le foie ni dans les autres organes. La distribution des kystes sus-mentionnés permet de supposer que les embryons hexacanthes ont dû être lancés dans le torrent de la circulation artérielle, et qu'ils ont pénétré dans le cerveau par l'artère cérébrale antérieure, dans le cœur par l'une des coronaires, dans le rein par l'artère rénale.

## 27. Tuberculose génito-urinaire; par le Dr TERRILLON.

*Blennorrhagie subaiguë* en mars 78. *Epididymite gauche* immédiatement. Absès. Fistule consécutive, non encore guérie au moment de la mort du malade, suivie de l'apparition d'une *tumeur de l'aîne, gauche*, de la grosseur d'une amande, un peu douloureuse surtout au moment de la miction; à la palpation, sensation de neige tassée dans la main, suivie bientôt d'un véritable gargouillement; à la percussion, sonorité très accentuée; émission de gaz par l'urèthre; présence d'urine



dans les selles ; pus dans les selles et dans l'urine ; au toucher rectal, tumeur pelvienne à gauche ; un peu de fièvre dans les jours qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital.

La tumeur présentant bientôt tous les signes d'un abcès prêt à s'ouvrir au dehors, ponction avec l'appareil de Dieulafoy : issue de gaz, de pus en petite quantité et de sang ; incision et drain.

Etat du malade fort satisfaisant pendant 8 jours ; le 8<sup>e</sup>, développement de crises de péritonite (moins le ballonnement et sensibilité du ventre) qui emportent le malade en 24 heures.

A l'autopsie, adhérences aux sommets des *poumons* sans traces de tubercules.

Adhérences multiples au niveau de la face convexe du *foie*. Au niveau du bord adhérent, tumeur formée par un kyste hydatique. Signes de *péritonite* généralisée : peu d'adhérences ; coloration vineuse par marbrures *des reins* ; l'un d'eux présente des petits foyers purulents dans son parenchyme.

L'*S iliaque* adhère par sa partie inférieure à la paroi abdominale au niveau de l'aîne et au même point à la vessie : une injection d'eau poussée dans la vessie, après avoir pénétré jusque dans cette portion de l'intestin reflue à l'extérieur par la plaie de l'aîne.

Toute la masse des organes pelviens étant enlevée avec la symphyse, on constate que le *rectum* est adhérent à la vessie au moyen d'un tissu fibreux dense et épais, dans lequel on peut sentir des nodosités indurées et bosselées qui, disséquées, se trouvent formées par la *vésicule séminale droite*, la gauche se trouvant beaucoup moins altérée. Sur sa face antérieure, au niveau de la prostate, le rectum présente un orifice allongé qui donne accès dans une *caverne prostatique*, laquelle communique avec une ouverture de l'*urèthre* siégeant au niveau du verumontanum, de telle sorte que de l'urèthre on peut introduire un stylet dans le rectum.

La *vessie* présente un piqueté ardoisé, et au niveau de l'adhérence avec l'*S iliaque* et la paroi abdominale, un orifice petit, noirâtre qui donne accès dans la cavité intestinale et celle de l'abcès de l'aîne. Les *testicules* présentent tous les deux, au niveau de l'épididyme, des indurations et des bosselures et de plus, du côté droit, un petit abcès caséux.

Sur le trajet du *cordon*, on peut sentir des granulations semblables.

**28. M. M. RAYNAUD** présente un cas d'*hémorrhagie cérébelleuse*. Il s'agit d'une jeune femme soignée dès le début de l'année pour une chlorose. Depuis quelque temps la malade accusait

des vertiges fréquents. Hier, elle tombe subitement en *syncope*; les pupilles largement dilatées, la face pâle, le cœur battant encore, mais de plus en plus faiblement. A l'autopsie, on trouve un énorme caillot remplissant le lobe gauche du cerveaulet, et ayant probablement comprimé le bulbe. L'estomac était intact, la rate énorme. (L'obs. n'a pas été remise).

M. DEBOVE fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'une *syncope*, au sens précis du mot, puisque les battements du cœur ont persisté une demi-heure. Quant au mécanisme de la mort, il est probable en effet que la compression du bulbe, en arrêtant les mouvements respiratoires, doit être mise en cause.

M. RAYNAUD répond que sa première idée a été aussi la compression du bulbe. Mais, en général, la mort par compression du bulbe est une *asphyxie* progressive, et non pas une *syncope*. Chez sa malade la pâleur était cadavérique pendant cette demi-heure où l'on a pratiqué la respiration artificielle. Au point de vue clinique, la malade est morte en *syncope*. La vraie *syncope*, celle qui consiste en un arrêt complet des battements du cœur et des mouvements respiratoires, est rare, puisque les expériences physiologiques ont montré que la mort est inévitable lorsque le cœur a cessé de battre plus d'une minute.

M. DURET a vu, dans ses expériences, les mouvements respiratoires se suspendre sans que le cœur cessât de battre.

Aussi peut-on dire qu'il existe deux sortes de syncopes, la *syncope respiratoire* et la *syncope cardiaque*. Il rappelle que les physiologistes semblent admettre que les centres des mouvements du cœur sont plus étendus que les centres respiratoires.

M. MALASSEZ remarque que dans la rate présentée par M. M. Raynaud, on aperçoit des trainées blanchâtres le long des vaisseaux. Il s'agit peut-être, dans ce cas, de leucémie splénique. Il serait bon d'examiner le sang de l'encéphale, et de rechercher, après durcissement, si les gros vaisseaux y sont entourés de leucocytes.

**29. Hémiplegie droite avec aphasie; — accès épileptiformes; — tumeur cérébrale; par MM. BOURNEVILLE et POIRIER.**

C. Saintal..., âgée de 65 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. DELASIAUVE), le 18 mai 1872. On constata alors une *hémiplegie droite* avec *aphasie* et *accès épileptiformes*.

*Renseignements fournis par le mari.* — Mariée à 42 ans, elle paraissait alors bien portante, quoique boitant un peu du côté gauche, parce que, dans son enfance, on lui aurait cassé(?) la hanche en la faisant sauter. Deux ans après le mariage (44 ans), son mari s'est aperçu qu'elle avait des attaques : elle sentait une espèce de vapeur qui lui montait du ventre à la gorge, elle perdait connaissance, devenait roide et pelotonnée, puis agitait les bras. Le délire arrivait ensuite; la malade appelait ses parents, gesticulait et pleurait quelquefois en revenant à elle. Cela serait survenu sans cause apparente ou connue : ni chagrins, ni misère. S... avait 7 ou 8 attaques par an, et cela jusqu'en 1870; le mari pense que c'est vers 48 ans qu'aurait eu lieu la ménopause, et les attaques auraient plutôt augmenté que diminué après elle. — En janvier 1871, S... a eu une *attaque d'apoplexie*, suivie d'hémiplégie droite avec aphasie. Soignée chez elle, elle a pu se relever en mars 1871. on l'envoya alors dans sa famille, à Toulouse; elle y resta environ un an, mais ses parents la renvoyèrent parce qu'elle avait encore des attaques. Revenue chez son mari dans les premiers jours de mai 1872, elle y est restée jusqu'au 18 du même mois, jour de son entrée à la Salpêtrière, et a eu durant ce court intervalle deux ou trois attaques.

Pas de rhumatismes, pas de battements de cœur, point d'excès de boisson, point de maladie de peau, caractère très-doux. Mariée une première fois vers 1832, elle n'aurait pas conservé son mari longtemps; n'a jamais eu d'enfants. Dans sa jeunesse et pendant son premier mariage, elle n'aurait pas eu d'attaques de nerfs. On attribue au siège l'exaspération de la maladie et l'attaque d'apoplexie : elle habitait alors 279, boulevard Voltaire, et de là on entendait très-bien la canonnade du fort de Noisy. Elle a beaucoup travaillé parce qu'elle élevait deux enfants de son frère.

Avant l'attaque d'apoplexie, S... avait une intelligence assez bornée, était dévote, ne parlait que religion, voulait convertir son frère protestant : « était fanatique de religion. »

D'après ces renseignements que le mari nous donne le 17 août 1877, S... parlait mieux pendant les premières années qui ont suivi l'attaque d'apoplexie et même à son entrée ici qu'elle ne le fait maintenant. Son vocabulaire était plus étendu, elle prononçait quelques mots de plus : *frère, sœur, neveu*, sans cependant faire de phrases complètes. Il résulte de cela qu'elle aurait perdu un certain nombre de mots depuis son entrée. « Elle cherchait les mots; et tout d'un coup lâchait le mot. » En général, elle paraît comprendre ce qu'on dit : il y a quelques jours, son mari lui a annoncé qu'elle venait de perdre

son frère, elle s'est mise à pleurer, mais l'émotion n'a fait sortir aucun mot.

*Etat actuel le 6 avril 1877.* — *Face* : plis du front et des paupières égaux; pupilles égales; cataracte de l'œil droit. Commissure labiale droite effacée, gauche accusée; pas de déviation de la langue.

*Membre supérieur droit.* Attitude habituelle : bras collé contre le thorax, avant-bras fléchi à angle droit, main fléchie à angle droit sur l'avant-bras, les 4 doigts fléchis sur le pouce (vrai crochet). Rigidité très-forte de toutes les jointures, sensibilité au pincement conservée.

*Membre supérieur gauche* : ne présente rien de particulier.

*Membre inférieur droit* : cuisse et jambe dans une flexion légère; pied, rien de particulier. Rigidité assez forte de la hanche, on peut la vaincre; rigidité du genou permettant d'exagérer la flexion, mais non de remuer le membre dans l'extension. Sensibilité conservée.

*Membre inférieur gauche.* Depuis l'entrée le membre est dans l'attitude suivante : flexion de cuisse et de jambe, avec rigidité très-prononcée du genou où il y a de légers craquements.

*Sensibilité* conservée. La malade peut soulever cette jambe et la tenir élevée pendant assez longtemps, elle la plie, l'allonge. Aucun mouvement dans le côté droit, tandis que S... se sert très-bien des membres du côté gauche. Les mensurations ci-après montrent qu'il y a une atrophie notable des membres du côté droit.

|                                                              | D     | G     |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------|
| Circonférence de la cuisse à 10 cent. au-dessus de la rotule | 27 c. | 28, 5 |
| — jambe — au-dessous —                                       | 20, 5 | 21    |
| — au-dessous du cou de pied.....                             | 15    | 16, 5 |
| — Bras, partie moyenne .....                                 | 10    | 20    |
| — Avant-bras .....                                           | 16    | 16, 5 |
| — Poignet .....                                              | 13    | 13    |

Pas de trépidation ni de tremblement vermiculaire.

Plaques de *vittiligo* sur les deux avant-bras, les poignets et les faces dorsales des mains, à droite comme à gauche. Rien d'anormal sur le reste du corps. Bruits du cœur éloignés, sourds, réguliers, pouls 72, pas de souffle.

*Intelligence* : La malade prononce seulement quelques mots : *Ah! mon Dieu... Bon Diou... oui, oui... non.* Elle comprend la plupart des questions qu'on lui pose, plisse le front, ferme

les yeux, tire la langue et en rit; elle aide à prendre les mesures de son bras gauche. S... est affectueuse, cherche à prendre la main, pleure quand on lui dit quelque chose de désagréable, appelle par un cri quand elle voit une des malades voisines tomber en accès.

Elle mangeait gloutonnement dans les premiers temps de son séjour ici; elle a maintenant un appétit ordinaire et régulier. A la fin de juin dernier, elle a eu des vomissements et de la diarrhée. — C'est une grande gâteuse.

Depuis son entrée, S... a eu 4 syncopes : pâleur, perte de connaissance, sueurs froides, sans mouvements convulsifs; elle revenait à elle après quelques minutes et vomissait des aliments et de la bile.

1878. 25 avril S... n'avertit pas de ses accès qui sont d'ailleurs très-rares.

*Description de l'accès.* — Petit cri, la tête s'incline à droite, la face grimace, la bouche est tirée à droite et ce côté de la face est plus grimaçant. Pas de morsure de la langue.

La malade ne présente pas de changement appréciable au point de vue de l'intelligence ou de l'attitude des membres : la flexion de l'avant-bras du côté droit s'est un peu accusée, il en est de même de la rigidité des deux membres de ce côté. Point de troubles trophiques.

La malade qui, il y a deux ans, marchait encore quoique fort péniblement et en s'aidant d'une chaise, ne peut plus marcher; on la lève et on la porte dans un fauteuil où elle reste une partie de la journée.

11 décembre. — Escharre au niveau du grand trochanter droit; elle date de quatre jours et a la dimension d'une pièce de deux francs. — La flexion et la rigidité des membres inférieurs ont augmenté. — La malade paraît avoir eu dans le courant de la journée d'hier une sorte d'*attaque apoplectiforme*; on s'aperçut qu'elle avait la face violacée, de l'écume aux lèvres et la commissure labiale droite fort tirée. T. R. 39°.4.

Ce matin, on constate une contracture du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. La face est tournée à gauche; la langue est humide. Mais, depuis quelques jours, la malade ne mange presque plus, la déglutition paraît parfois difficile; pas de vomissements ni de constipation. S... ne parle plus; hier elle répondait oui, oui, suivant son habitude. Elle se sert encore du bras gauche; les membres sont d'ailleurs restés dans la même attitude; les doigts fléchis dans la paume de la main, le pouce en dehors.

12 décembre. — Les phénomènes sont un peu moins marqués; pourtant la malade garde toujours sa contracture du

sterno-cléido-mastoïdien droit. A chaque instant, elle a comme de petits *vertiges* de courte durée : les yeux se portent en haut et à droite en tremblottant, les mâchoires se serrent ; tout cela dure 40 à 60 secondes. S... ne mange plus et s'affaiblit à vue d'œil : l'escharre grandit ; léger mouvement fébrile. 38° le matin, 39° le soir. Mort le 14 à 4 heures du matin. T. 39°, 4. La contracture a persisté jusqu'à la fin.

AUTOPSIE le 15 décembre. — *Os du crâne* peu épais, réunis à la *dure-mère* par des adhérences disséminées sur toute la convexité, mais particulièrement solides et résistantes le long de la suture sagittale. Epaisseur remarquable de la *dure-mère*, surtout au-dessus de la moitié antérieure de l'hémisphère gauche ; là, elle atteint environ 1 mm. d'épaisseur et résiste au doigt et aux ciseaux à la manière d'une plaque cartilagineuse ; elle est très vascularisée sur toute sa superficie. L'*artère méningée moyenne* est notablement plus grosse que d'ordinaire, surtout à gauche où elle se loge dans une *gouttière osseuse* très profonde. Engorgement des *sinus* distendus par du sang noirâtre. Quelques adhérences de la dure-mère avec les méninges internes des deux côtés de la grande faux. — Au niveau de la frontale ascendante et de la racine des trois frontales, il est impossible de détacher la dure-mère sans enlever en même temps l'arachnoïde et la pie-mère ; les trois méninges forment une couche unique, très-vasculaire, et adhérente à la substance cérébrale. — Pas d'augmentation du *liquide céphalo-rachidien*. Injection assez marquée de la *pie-mère* sur toute la face convexe, un peu plus à gauche qu'à droite.

*Encéphale*, 1170 gr. Les artères de la base ne sont pas athéromateuses. En regardant le cerveau par sa convexité, on remarque une légère différence de volume à l'avantage de l'hémisphère gauche, qui dans sa moitié antérieure, dévie à droite la grande scissure et comprime la partie correspondante de l'hémisphère droit. L'*hémisphère droit* pèse 430 gr. ; le *gauche* 580 gr. Rien autre à signaler dans l'hémisphère droit, si ce n'est que la compression que subissait sa moitié antérieure a en partie effacé la corne frontale du ventricule dont la corne occipitale est au contraire dilatée ; la pie-mère se détache facilement et les circonvolutions présentent l'aspect normal.

L'*hémisphère gauche*, dépouillé de sa pie-mère adhérente aux points indiqués, on aperçoit sur la partie moyenne de la *frontale ascendante* et la moitié postérieure de la *deuxième circonvolution frontale*, une surface tranchant par sa rougeur sur les circonvolutions avoisinantes et de niveau avec la convexité de celles-ci. Cette surface d'environ trois centimètres dans tous ses diamètres, est d'une teinte rouge foncé, lisse, de

consistance ferme. A son pourtour, le doigt peut pénétrer entre elle et le tissu cérébral ambiant ; il circonscrit ainsi une *tumeur* qui fait corps avec la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, occupant la moitié postérieure de la deuxième frontale, et refoulant la première et la troisième ; les deux circonvolutions, surtout la dernière qui disparaît à peu près au-dessous de la tumeur, sont *déprimées et très-amincies* ; leurs dimensions sont réduites de moitié. La tumeur (*sarco-gliome* probable), a une apparence fibrillaire, fasciculée ; une coupe montre qu'elle s'enfonce vers les noyaux centraux, mais sans y arriver : son épaisseur est, en effet, de deux centimètres et son sommet tronqué pénètre dans la substance blanche du centre ovale ; elle n'adhère au tissu nerveux que par de minces fibrilles.

Les *pédoncules cérébraux* ne présentent rien de particulier ; la moitié gauche de la *protubérance* paraît légèrement déprimée ; la *pyramide antérieure gauche* est aussi un peu moins volumineuse. — Rien au *cervelet*.

*Poumons*. — Adhérences aux sommets qui contiennent des concrétions calcaires au niveau desquelles la surface se déprime en cicatrices froncées ; quelques points de pneumonie, hépatisation grise dans le poumon gauche. — *Cœur* 210 gr. — Petit et surchargé de graisse ; rien aux valvules ; point d'athérôme.

*Foie* (750 gr.), normal, pas de calculs. — *Reins*. Séniles, grenus : le droit pèse 80 gr. ; le gauche 90 gr. *Utérus et ovaires*, rien.

REMARQUES. A. — La marche du néoplasme a été excessivement lente : Les premiers accès ont paru à 45 ans et la malade a succombé seulement à 71 ans.

B. — Les rapports des troubles de la motilité avec le siège de la lésion dans cette partie de la région frontale où l'expérimentation et l'anatomie pathologique placent les centres moteurs des membres méritent d'être relevés.

C. — Il en est de même de l'absence justifiée de troubles de la sensibilité.

D. — Nous devons signaler surtout le *développement lent et graduel de l'aphasie*, en rapport parfait avec la compression lente et graduelle qu'a subie la *troisième circonvolution frontale*.

Le secrétaire,

M. LEFULLE

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE

TOME TROISIÈME DE LA QUATRIÈME SÉRIE

(LIII<sup>e</sup> ANNÉE)

(1878)

## A

- Anévrysme diffus, 11, 337.  
— de l'aorte, 186, 367, 527, 557.  
— des sigmoïdes, 64.  
— de la mitrale, 151.  
Angiome sous-cutané, 107.  
Ankylose coxo-fémorale, 154.  
— généralisée, 296.  
Aorte (Endartérite de la crosse), 401.  
— (Oblitération partielle de l'), 40.  
— (Insuffisance), 321, 348.  
— (Anévrysmes de l') (V. anévrysmes).  
Aortite aiguë, 494.  
Aphasie (V. cœur, cerveau, lésions corticales).  
Arrachement du pouce, 166.  
Arthrite sternale supérieure, 27.  
— fémoro-rotulienne, 153.  
Artères (Anomalie de l'— poplitée), 49.  
— (Lésions des — dans les traumatismes), 335.  
— artérite cérébrale syphilitique, 552.  
— thrombose artérielle dans le cancer utérin, 29.  
Arthropathie ataxique, 512.

Athérome artériel. compression du pneumogastrique, 221.  
Athétose, 15, 549.

## B

- Bassin (Fracture du), 212.  
— (Fracture double verticale du), 215, 363.  
Biliaires (Voies).  
— (Lithiasse des), 365.  
— (Cancer de la vésicule), 462.  
Broncho-pneumonie.  
— (Hémorrhagies pulmonaire dans la), 269.  
— subaiguë, 498.  
Bulbe (Tubercules du), 314.

## C

- Calcul salivaire, 456.  
Canal de Nuck (Persistance du), 58.  
Cancer de la colonne vertébrale, 190.  
— latent de l'estomac, 256.  
— du larynx, 107, 395.  
— du foie, 111, 158.  
— mélanique du foie, 550.  
— primitif du foie, 303, 328.  
— de la vésicule biliaire, 462.



- Cancer du rectum, 210.  
 — du mésentère et du poumon, 385.  
 — miliaire du péritoine, 225.  
 — du sein, 244.  
 — de l'utérus, thrombose artérielle, 29.  
 — de la vessie, 109.  
 — du rein, 436.  
 — du corps thyroïde, 116.  
 — (V. épithélioma).  
 Cavernes pulmonaires (Formation des), 403.  
 Céphalématome, 430.  
 — (Pathogénie du), 160.  
 — pariétal et occipital, 545.  
 — avec ecchymose sous-épicrânienne, 547.  
 Cerveau.  
 — d'amputé, 83.  
 — (Hydatide du) 581.  
 — (Tumeurs multiples du), 155, 205.  
 — (Tumeur du), 194, 586.  
 — (Hémorragie du centre ovale), 231.  
 — (Ramollissement), 477.  
 — (Du corps strié), 62.  
 — (Tubercules du), 314.  
 — (Athropie, épilepsie partielle), 562.  
 — (V. corticales, méninges, embolie).  
 Cloisonnement de la cavité pelvienne, 309.  
 Cirrhose.  
 — atrophique, thrombose porte, 444.  
 — (Thrombose mésentérique dans la), 124.  
 — annulaire, 68.  
 — annulaire sans atrophie, 390.  
 — commune, 312, 533.  
 — commune, hématome du péritoine, 217.  
 — alcoolique chez un syphilitique, 391.  
 — hypertrophique, 448.  
 Cœur (Fracture du sternum dans affection du), 33.  
 — (Rupture spontanée), 61.  
 — (Hypertrophie sans lésion valvulaire), 261.  
 — (Hypertrophie concentrique dans néphrite interstitielle), 451.  
 Conjonctive (Lymphadénome de la), 381.  
 Corticales (Lésions).  
 — (Aphasie), 29.  
 — (Affaïssement de la frontale ascendante), 173.  
 — (Altérations des méninges au niveau des centres moteurs), 197.  
 — (Atrophie partielle du cerveau), 303.  
 — (Absès préfrontal), 409.  
 — (Lésions vasculaires des circonv. front. et pariet. ascend.), 577.  
 — (Lésions du lobe paracentral), 260.  
 — (Pachyméningite des régions corticales non motrices), 510.  
 Coxalgie suppurée, 199.  
 — scrofuleuse suppurée, 318.  
 Cyanose congénitale, 35.
- ## D
- Diabète sucré, 489.  
 Diphthérie de l'œsophage, 460.  
 Duodénum (Ulcère du), 170.  
 Dure-mère (Sarcome de la), 49.  
 — (Tubercules de la), 292.
- ## E
- Ecrasement de la cuisse, anévrisme diffus, 337.  
 Ectrodactylie, 197.  
 Elections. 30, 199, 261, 393, 395, 401, 411, 429, 493, 538.  
 Embolie du bras gauche, 51.  
 — pulmonaire, 188.  
 — graisseuse du poumon, 453, 490.  
 — sylviennne, 577.  
 Endocardite ulcéreuse, 64.  
 Epithélioma du rectum, 11.  
 — du colon, étranglement interne, 288.  
 — du pied, 31.  
 — du larynx, 398.  
 — de la verge, 458.  
 (V. cancer).  
 Estomac (Cancer latent de l'), 256.  
 — (Ulcérations tuberculeuses de l'), 374.

Etranglement interne par épithélioma du colon, 288.

— (V. hernies).

Exostose du tibia, 579.

## F

Fémur (Encoches de l'extrémité inférieure du), 57, 129.

— (Fracture spontanée du), 157.

— (Fracture sous trochantérienne du), 213.

Fibrome du ligament large, 368.

— de l'œsophage, 190.

— utérin, 98.

Fibro-angiome sacro-lombaire, 539.

Foie.

— (Cancer du), 111, 168.

— (Cancer primitif), 303, 328.

— (Cancer mélanique), 550.

— (Déchirure du), 351.

— (Déformations du), 497.

— (Hépatite diffuse alcoolique), 570.

— (Gommes du), 301.

— (Tuberculose miliaire du), 283.

— syphilitique, 536.

Fractures du bassin, 212, 215, 363.

— du col fémoral, 533.

— de la colonne vertébrale, 87.

— de côtes, 113.

— du crâne, 44, 139, 443, 448, 201.

— du fémur, 143, 157.

— du sternum et du rachis, 33.

— (Embolies graisseuses pulmonaires dans les), 453, 490.

## G

Ganglions (Cancer des — du cou), 438.

Glotte (Œdème de la), 260.

Goutte. Tophus du gros orteil, 493.

Grossesse extra-utérine, 119.

## H

Hématome (V. péritoine, méninges).

Hémorragie des circonvolutions frontales gauches, 13.

— double centrale, 93.

— cérébrale, 584.

— (V. artères, cerveau).

Soc. ANAT.

Hernie inguinale irréductible, 59.

— multiples d'un nouveau-né, 229.

— vésico-pubienne, 559.

Hydrocèle.

— chronique double, 159.

— double de la vaginale, 527,

— et kyste épiddymaire, 508.

## I

Ictère chronique, 111.

— (V. foie).

Ichtyose congénitale, 574.

Infection purulente chez nouveau-né, 407.

Insufflation.

— (Lésions des voies aériennes consécutives à l'), 54.

Invagination intestinale, 249.

## K

Kyste ano-coccygien, 532.

— hydatique du cerveau, cœur, reins, 581.

— hydatique du rein, 208.

— de la prostate, 265.

## L

Langue (Ulcère tuberculeux de la), 542.

— (Cancer de la), 555.

Larynx (Cancer du), 107.

— (Perforation de la carotide), 395.

— (Épithélioma du), 398.

Leucémie ganglionnaire, 235.

— (Pseudo-), 442.

Ligament large (Abcès du), 325.

— (Fibrome des), 368.

Lipome sous-cutané, 107.

Lymphadénome de la conjonctive, 381.

Luxation du métatarse, 73.

## M

Mal de Pott, 38, 171, 234, 516.

— sacro-coxalgie, 263.

— méningite ascendante, 292.

— scrofule des vieillards, 332.

- Méninges (Tuberculose des), 344.  
 (V. cerveau, lésions corticales.)  
 Méningite.  
 Pachy. — des régions non mo-  
 trices, 510.  
 — du mal de Pott, 516.  
 Moelle. Procédé de préparation, 492.  
 Monoplégie brachiale, 44.  
 — avec aphasie et affection aortique,  
 530.  
 — transitoire, 577.  
 Myocardite (Insuffisance mitrale par),  
 235.

## N

- Néphrite parenchymateuse, 317.  
 — interstitielle, 413.  
 — — (Hypertrophie concentrique  
 dans la), 451.

## O

- Occlusion intestinale, 210.  
 Œsophage (Anomalie de l'), 466.  
 — (Diphthérie de l'), 460.  
 — (Fibrome de l'), 190.  
 — (Rétrécissement de l'), 29.  
 — Rétrécissement cancéreux, perfora-  
 tion, 431.  
 Ovaire (Kyste de l') chez un enfant,  
 275.  
 — (Tuberculose de l'), 344.

## P

- Paralyse infantile, 130.  
 Peau (Gommes de la), 474.  
 — (Plaques cornées congénitales de  
 la), 575.  
 Péricardite caséuse, 489.  
 Péritoine (Carcinose miliaire gé-  
 néralisée du), 225.  
 — (Granulie du), 286.  
 — (Hématome du), 217.  
 — hémorrhagie intra-péritonéale,  
 383.  
 — péritonite tuberculeuse guérie,  
 95.  
 — péritonite aiguë généralisée, 98.  
 — (Tuberculose du), 76, 344.

- Phlébite gangréneuse du sinus droit,  
 463.  
 Phlegmon de l'avant-bras, 146.  
 — du cou, 353.  
 — de l'orbite, 157.  
 Pièces anatomiques conservées dans  
 liquide antiseptique, 456.  
 Pied (Sarcome du), 188.  
 Pleurésie hémorrhagique, anatomie  
 pathologique, 80.  
 Poumon (Absès du), 341.  
 — (Cancer du), 385.  
 — (Formation des cavernes), 403.  
 (V. Tuberculose.)  
 Prostate (Hypertrophie et calculs de  
 la), 102.  
 — (Hypertrophie de la), 134.  
 — (Kyste de la), 265.  
 — (Tuberculose de la), 322.  
 Protubérance (Ramollissement de la),  
 173.  
 — (Tubercules de la), 314.  
 Psoriasis, 296.

## R

- Rapports sur les candidatures de MM;  
 Tapret, 174.  
 H. Martin, 176.  
 Déjerine, 181.  
 Brissaud, 184.  
 Mayor, 275.  
 Kirrison, 335.  
 Cossy, 358.  
 Chambard, 419.  
 Quénu, 425.  
 Rein (Cancer du), 436.  
 — (Kyste hydatique du), 208.  
 — (Rupture d'un kyste hydatique  
 du), 351.  
 — tuberculeux, 95, 105, 323.  
 — (Tuberculose miliaire du), 283.  
 Rétrécissement. (V. Œsophage).

## S

- Siliaque, disposition anormale, 59.  
 Sarcome angioplastique, 278.  
 — de la jambe, 267.  
 — des parois de l'abdomen, 371.  
 — du pied, 188.  
 Scrofule des vieillards, 332.  
 Sein (Cancer du), 244.

Symphyse cardiaque, 82, 171, 313.  
 Syndactylie, 119.  
 Synoviales (gaines) (Inflammation des), 146.  
 Syphilis héréditaire, 429.  
 — — (Lésions du crâne dans la), 506.  
 — — (Exostoses crâniennes dans la), 516. (V. Artères. foie.)

## T

Testicule (Récidive des tumeurs du), 196.  
 — (Tuberculose du), 322.  
 — (Myxome du), 523.  
 Thyroïde (Cancer du corps), 116.  
 — (Nécrose du cartilage), 580.  
 Thrombose mésentérique dans une cirrhose, 121.  
 — des membres inférieurs consecutive à une brûlure, 242.  
 — porte dans cirrhose atrophique, 444.  
 Tophus goutteux du gros orteil, 492.  
 Trachée (Ulcération tuberculeuse de la), 214.  
 Trachéotomie (Pénétration des poussières après la), 72.  
 Tuberculose du cerveau, protubérance et bulbe, 314.  
 — De l'estomac et de l'intestin, 374.  
 — génito-urinaire, 361, 583.  
 — laryngée, 580.  
 — des poumons, reins, vessie, 323.  
 — du péritoine, des ovaires, des

méninges, 344.  
 — du péritoine, 76.  
 — reins, testicule, poumons, 95.  
 — vessie et reins, 105.  
 — Testicule et prostate, 322.  
 — Miliaire généralisée, 283.  
 — de l'utérus, 333.  
 Typhoïde (fièvre) (Arthrite sternale supérieure au déclin de la), 27.

## U

Ulcération du duodenum, 170.  
 — de la langue, 542,  
 — tuberculeuse de la trachée, 214.  
 Uréthrotomie externe, 502.  
 Urinaires (Voies).  
 — (Tuberculose des), 361.  
 — Développement anormal de l'utricule prostatique, 483.  
 Utérus (Corps fibreux), 99.  
 — double, 309.  
 — (Rupture spontanée de l'), 89.  
 — (Tuberculose de l'), 333.

## V

Vagin double, 309.  
 Vaisseaux omphalo-mésentériques, 447.  
 Vessie (Cancer de la), 109.  
 — (Tuberculose de la), 105, 323.

## X

Xanthelasma vitiligoïde, 468.

*N. B. — Ne sont pas signalées dans cette Table les présentations au sujet desquelles aucune note n'a été remise aux Secrétaires.*

BARIÉ, LETULLE.

# TABLE

## NOMINATIVE DES AUTEURS

### MENTIONNÉS DANS CE VOLUME

#### A

Abbadie-Tourné. — 75, 166.  
Avezou. — 109.

#### B

Ballet. — 116, 532.  
Balzer. — 72, 176, 269, 343, 377.  
Barié. — 30, 258, 443.  
Barth. — 483.  
Bazy. — 570.  
Bellouard. — 533, 536, 539.  
Benoît. — 139.  
Berdinel. — 204.  
Berger. — 48, 49, 107, 143, 160, 173, 190, 259, 292, 370.  
Bide. — 44.  
Bourneville. — 199, 562, 586.  
Boussi. — 59, 367, 368.  
Boyer (de). — 86, 203, 394, 395.  
Brault. — 552.  
Brissaud. — 159, 184, 256.  
Bruchet. — 148, 365.  
Brun. — 523.  
Budin. — 165, 261.  
Bulteau. — 146, 214, 389.  
Butruille. — 265.

#### C

Capitan. — 170, 317.  
Carrié. — 322, 323.  
Castex. — 442.

Chambard. — 249, 278, 301, 351, 419, 468, 474, 575.  
Champetier de Ribes. — 54, 89.  
Charcot. — 47, 51, 64, 87, 187, 208, 296, 395, 406, 456, 508, 516.  
Chevallereau. — 351.  
Chevallier. — 249.  
Chuquet. — 124.  
Coiffier. — 448.  
Comby. — 527.  
Cornil. — 516.  
Cossy. — 35, 38, 68, 321, 348, 358, 462.  
Cottin. — 458.  
Cruet. — 31, 134.

#### D

Debove. — 585.  
Debrun. — 451.  
Dejérine. — 68, 130, 181, 217, 235, 261, 275, 288, 453, 535.  
Delotte. — 204.  
Desnos. — 33, 395, 398.  
Després. — 47, 48, 197, 260, 508.  
Dreyfous. — 197.  
Dreyfus-Brissac. — 174.  
Duret. — 130, 142, 335, 410, 456, 512, 585.

#### F

Féré. — 49, 58, 86, 160, 213, 229, 309, 407, 430, 447, 466, 533, 545, 547, 579.

**G**

Garnier. — 538.  
 Gauché. — 13, 87, 199, 201, 212, 267,  
 318, 371, 409.  
 Gaucher (E.). — 143, 171, 263, 351,  
 580.  
 Girou. — 82.  
 Gouguenheim. — 341.  
 Guelliot. — 166.  
 Guinand. — 208, 210.

**H**

Hanot. — 448, 451.  
 Havage. — 559.  
 Henriet. — 153.  
 Heydenreich. — 401.  
 Houel. — 46, 155, 210, 258, 282, 288,  
 321, 410, 527, 533, 574.

**J**

Jalaguier. — 189, 312.  
 Jean. — 102, 105.  
 Josias. — 98.  
 Juhel-Rénoy. — 557.

**K**

Kirmisson. — 11, 335, 336.

**L**

Labat. — 463.  
 Landouzy. — 15, 48, 56, 181, 249,  
 358, 425, 510, 549.  
 Latil. — 40, 107, 550.  
 Lebec. — 13, 201.  
 Leclerc. — 242, 244.  
 Ledentu. — 29.  
 Leduc. — 275.  
 Leloir. — 413, 479, 542.  
 Leroux (Ch.). — 221, 431, 444.  
 Leroux (H.). — 64.  
 Letulle. — 196, 203, 283, 303, 333,  
 441.  
 Lucas-Championnière. — 93.

**M**

Malassez. — 196, 301, 419, 457, 516,  
 585.  
 Marchant. — 76, 151.

Martin (H.). — 176, 353.  
 Maygrier. — 383.  
 Mayor. — 62, 275, 438, 467, 490.  
 Ménard. — 27, 61.  
 Mercklein. — 11, 286.  
 Monod. — 527.  
 Mossé. — 29, 111, 119, 155, 157, 328,  
 361.  
 Moutard-Martin. — 29, 61, 80, 83,  
 187, 201.

**N**

Nepveu. — 395.  
 Nélaton. — 498.

**O**

Olier (d'). — 489.  
 Oudin. — 225.  
 Ovion. — 188.

**P**

Perrot. — 429, 506.  
 Pasteau. — 234.  
 Paulier. — 492.  
 Pennès. — 456, 532.  
 Petel. — 390.  
 Petit (Ch.-H.). — 59.  
 Peton. — 154.  
 Piéchaud. — 13.  
 Pioger. — 325.  
 Piogey. — 296.  
 Pitres. — 64.  
 Poirrier. — 562, 586.  
 Poulin. — 49, 494, 577.

**Q**

Quenu. — 231, 292, 313, 314, 332,  
 425, 436.

**R**

Raynaud (M.). — 584.  
 Reclus. — 184.  
 Redard. — 555.  
 Rémy. — 510.  
 Rendu. — 521.  
 Richer. — 51, 93, 403.  
 Robert. — 512.

Roubet. — 260.  
 Routier. — 95, 168.  
 Rueff. — 186.

**S**

Savard. — 215, 363.  
 Schwartz. — 107.  
 Stackler. — 173, 401, 530.  
 Suss. — 266.

**T**

Talamon. — 344, 374, 460.  
 Tapret. — 174.  
 Terrillon. — 57, 129, 130, 492, 510,  
 527, 532, 583.

Turner. — 429.

**V**

Vermeil. — 190, 194, 263, 385.  
 Verneuil. — 247, 256, 238, 259.  
 Vidal-Soleires. — 501.

**Y**

Yvon. — 391, 497.

**W**

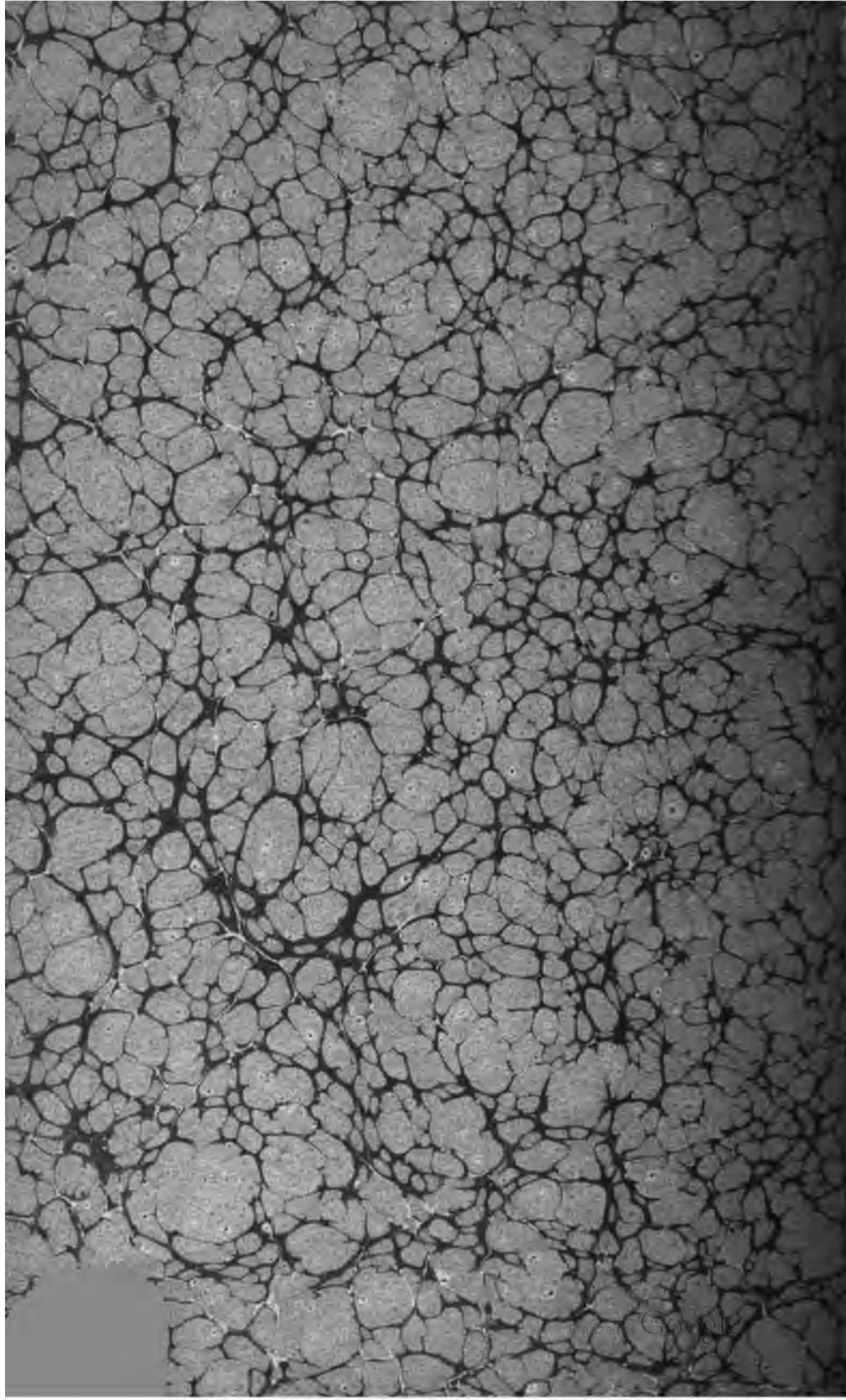
Weiss. — 75.  
 Witkowski. — 199.











UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07025 4779



